



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CRISTINA PEREIRA DE JESUS COSTA

PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS COM
ADOLESCENTES ESCOLARES

FORTALEZA

2013

ANA CRISTINA PEREIRA DE JESUS COSTA

**PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS COM
ADOLESCENTES ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

C87p

Costa, Ana Cristina Pereira de Jesus.

Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares / Ana Cristina Pereira de Jesus Costa. – 2013.

158 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Prof. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

1. Educação em Saúde. 2. Enfermagem. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis. I. Título.

CDD 616.951

ANA CRISTINA PEREIRA DE JESUS COSTA

PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS COM
ADOLESCENTES ESCOLARES

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 16/10/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert

Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Universidade Federal do Ceará - UFC

AGRADECIMENTOS

Sinto-me radiante por chegar ao término do Mestrado! A caminhada não foi fácil... Vivi momentos de muito trabalho, dedicação e solidão para a produção deste conhecimento. No entanto, apesar da solidão como aliada na leitura e escrita, foi fundamental o apoio de todos aqueles que ajudaram e incentivaram o meu crescimento intelectual e humano, por meio de manifestações de carinho e amizade demonstrados. A todos, sou eternamente grata!

A Deus, por ter permitido este momento na minha existência, por ser tão maravilhoso, por me fortalecer diariamente.

Ao meu esposo José, pelo apoio incondicional, pela paciência nos meus muitos momentos de cansaço e estresse, por compreender que a minha ausência foi necessária para a minha qualificação profissional, pelo incentivo para ir em frente apesar de todas as lágrimas derramadas, e por me mostrar que o amor pode superar tudo, inclusive a distância. Amo você!

Aos meus pais, Paulo e Aldiva, por sempre acreditarem na minha capacidade de realizar novos projetos, e estimularem, por mais difíceis e distantes que sejam.

Aos meus irmãos, Carla Tatiana e Paulo Rogério, pelo incentivo a seguir os meus objetivos profissionais.

Aos queridos amigos Prof. Dr. Márcio e Prof. Dr. Thiago, importantes incentivadores, que me ajudaram e ensinaram nos primeiros passos da pesquisa. Agradeço por estarem presentes nesta conquista desde a concepção. Estaremos sempre unidos pela nossa amizade fraterna!

À Prof. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, minha orientadora, com quem passei 20 meses intensos, vivenciando perdas muito sentidas, mas também vitórias importantes. Obrigada pela oportunidade de aprendizado, pelo envolvimento e por suas preciosas contribuições. Pela sua serenidade, compreensão e amizade. Agradeço imensamente a sua receptividade e confiança em mim depositada.

À Prof. Dra. Diorlene, pela dedicação e minúcia na realização da análise estatística, pela gentileza em compartilhar ensinamentos e manuscritos, por sua prontidão em me atender.

À Prof. Dra. Patrícia Neiva da Costa Pinheiro, por quem tenho profunda admiração, como professora e pesquisadora. Agradeço sua permanente disponibilidade em me ouvir e ensinar.

À Prof. Dra. Fabiane do Amaral Gubert, pela sua generosidade em sempre ajudar. Minha gratidão pelo apoio e pela escuta dos momentos difíceis deste percurso.

Às amigas, Clair, Débora, Adriana, Ályssan, Ismália e Gerdane, pela acolhida em Fortaleza.

Aos adolescentes participantes da pesquisa, pelo aprendizado diário, por sua imensa generosidade em ajudar na construção do plantão, e, mais, por abrirem os seus corações e as suas vidas, e me fazerem lembrar a todo instante por que estava ali ao lado deles. Como foi maravilhoso trabalhar com vocês. Saudades imensas!

A todos os parceiros deste estudo, Colégio Militar Tiradentes II, Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, Secretaria Estadual de Educação do Maranhão, Polícia Militar do Maranhão, Programa DST/AIDS. Sem vocês, eu seria apenas um grão de areia perdido. Obrigada pela parceria em tudo!

A enfermeira Anamaria Lins, pela amizade, gentileza e disponibilidade em digitar os dados desta pesquisa.

Aos professores da Pós-graduação, em especial, Ana Karina, Elisângela, Míria, Marli Teresinha, Cristiana, Marta, Ângela, Ana Kelve, Dalva, Marcos Venícius, Ruy e Joselany, por partilhar seus valiosos ensinamentos e incentivar a continuidade da minha qualificação.

Aos amigos da Pós-graduação, em especial às amigas, Ana Larissa, Lucilande, Keline, Ana Karine, Rochelle, Adriana, Ályssan, Lígia, Adna e Ana Lúcia por compartilhar conhecimentos, lágrimas, sorrisos e a saudade da minha casa.

Aos colegas professores da UFMA Imperatriz, em especial, Aline, Flávia, Marcelino, Adenilson, Franciana, Paulo, Alexandre, Daniel, Cleber e Jefferson, pelo incentivo, auxílio e confiança na minha capacidade para realizar o Mestrado.

A todos os integrantes do Projeto AIDS: educação e prevenção, pela troca de experiências e aprendizagem na temática DST/AIDS.

A Stella Maia, pelo auxílio no financiamento desta pesquisa.

A Jaqueline, Valma e Joelna, pela atenção, ajuda e delicadeza ao me atender no período do Mestrado.

Aos integrantes da banca examinadora, por suas contribuições para aprimorar este estudo.

Aos meus alunos da graduação em enfermagem da UFMA Imperatriz, pela torcida, compreensão e pelas orações para a realização do meu Mestrado.

À Universidade Federal do Ceará, por permitir a realização do Mestrado, e, à Universidade Federal do Maranhão, por autorizar a minha qualificação profissional.

"Confia no Deus eterno de todo o seu coração e não se apóie na sua própria inteligência. Lembre-se de Deus em tudo o que fizer, e ele lhe mostrará o caminho certo." (Prov. 3:5-6).

RESUMO

COSTA, A.C.P.J. **Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares.** 2013. 158 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

No panorama das DST/HIV/AIDS entre os adolescentes, a estratégia para controlar a transmissão é a prevenção, a fim de promover a sua saúde. Na perspectiva de implementar novas estratégias, considerando as características da adolescência, sua vulnerabilidade, e da carência de ações educativas a longo prazo, utilizou-se neste estudo, uma nova proposta adotada na escola: o *plantão educativo* individual do adolescente. Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a aplicação de um *plantão educativo* sobre DST/HIV/AIDS com adolescentes de uma escola pública em Imperatriz – MA. Pesquisa de intervenção, quase-experimental, quantiquantitativa, com delineamento longitudinal. Foram avaliados 250 adolescentes escolares entre janeiro e junho de 2013 em três etapas. Na primeira, os adolescentes responderam um instrumento sobre o conhecimento, os comportamentos e as atitudes frente às DST/HIV/AIDS antes de participar da intervenção educativa. Na segunda etapa, os estudantes participaram do *plantão educativo*. Na terceira etapa, os adolescentes responderam novamente um instrumento para avaliar se houve mudança nos conhecimentos, comportamentos e nas atitudes em relação às DST/HIV/AIDS, 30 dias após a intervenção educativa. Analisaram-se na amostra estratificada as características sociodemográficas, o conhecimento dos adolescentes quanto ao acesso e uso de serviços de saúde, as fontes de informação utilizadas sobre DST/HIV/AIDS, e, os conhecimentos, comportamentos e as atitudes quanto às práticas sexuais seguras frente às DST/HIV/AIDS antes e depois da intervenção educativa. Os dados foram analisados no software estatístico STATA versão 8.0. Os adolescentes possuem média de 15,5 anos de idade, são solteiros (as) sem parceiro (a) fixo (75,6%), com predomínio do sexo feminino (52,4%) e renda familiar entre um e três salários mínimos (46%). Verificaram-se tendências de aumento proporcional estatisticamente significativa por sexo (p -valor=0,00), evidenciando maior nível de instrução dos pais dos meninos. Houve tendência de aumento estatisticamente significativa com relação ao sexo dos entrevistados (p -valor=0,02), sinalizando menor rendimento familiar entre as meninas. A maioria dos estudantes não tem indicação de serviços de saúde pela escola (79,6%). As principais fontes de informação fora da escola sobre DST/HIV/AIDS são rádio/televisão/jornal (54%). Os adolescentes aumentaram o conhecimento sobre os sintomas (99,2%), as formas de transmissão da AIDS (100%) e o uso do preservativo para prevenir DST/HIV/AIDS (100%). Parcela substancial dos adolescentes (98,4%) acredita não ter nenhuma possibilidade de adquirir o HIV. Os que têm atividade sexual possuem um parceiro (56,3%) e usaram preservativo na última relação sexual (65,7%). Os adolescentes avaliaram o *plantão educativo* como muito bom (77,6%), referiram ter mudado os conhecimentos e os comportamentos em relação às DST/AIDS para melhor (79,6%) e manter o uso do preservativo nas relações sexuais. Portanto, o *plantão educativo* na escola pode ser considerado uma nova estratégia de educação em saúde, já que aumentou nos adolescentes o conhecimento e a adesão a comportamentos saudáveis para a prevenção de DST/HIV/AIDS.

Palavras-chave: Adolescente. Educação em Saúde. Enfermagem. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

COSTA, A.C.P.J. **Duty education for the prevention of STD / HIV / AIDS with adolescent students.** In 2013. 158 f. Thesis (Master). Federal University of Ceará. Faculty of Pharmacy, Dentistry and Nursing. Graduate Program in Nursing.

In the panorama of STD / HIV / AIDS among adolescents, the strategy is to control the transmission prevention in order to promote their health. From the perspective of implementing new strategies, considering the characteristics of adolescence, their vulnerability, and lack of educational long term was used in this study, a new proposal adopted in school: the duty of the individual educational teenager. The objective of this research was to evaluate the application of a *duty education* on STD / HIV / AIDS with adolescents from a public school in Imperatriz - MA. Intervention research, quasi-experimental, quantiquantitative, with a longitudinal design. Were evaluated 250 adolescent students between January and June 2013 in three stages. At first, the adolescents completed an instrument of knowledge, behaviors and attitudes of STD / HIV / AIDS before attending the educational intervention. In the second stage, students participated in *educational duty*. In the third stage, adolescents responded again an instrument to assess whether there was a change in knowledge, attitudes and behaviors related to STD / HIV / AIDS, 30 days after the educational intervention. Analyzed in stratified sample sociodemographic characteristics, knowledge of adolescents regarding the access and use of health services, the sources of information used on STD / HIV / AIDS, and the knowledge, behaviors and attitudes regarding safe sex practices forward to STD / HIV / AIDS before and after the educational intervention. The data were analyzed with statistical software STATA version 8.0. Adolescents have an average of 15.5 years of age, are unmarried (as) without a partner (a) fixed (75.6 %), predominantly female (52.4 %) and family income between one and three minimum wages (46 %). There were trends proportional increase was statistically significant by gender (p - value = 0.00), indicating higher levels of parental education of boys. There was a statistically significant increasing trend with respect to sex of respondents (p - value = 0.02), indicating lower household income among girls. Most students have no indication of health services by the school (79.6 %). The main sources of information outside of school on STD / HIV / AIDS are radio / TV / newspaper (54 %). Adolescents increased knowledge about the symptoms (99.2 %), the modes of transmission of AIDS (100 %) and the use of condoms to prevent STD / HIV / AIDS (100 %). Substantial portion of adolescents (98.4 %) believe have no chance of acquiring HIV. Those who have sexual activity have a partner (56.3 %) and condom use at last intercourse (65.7 %). Adolescents evaluated the educational duty as very good (77.6 %) reported having changed the knowledge and behaviors related to STD / AIDS to better (79.6 %) and maintain the use of condoms during sexual intercourse. Therefore, the shift in school education can be considered a new strategy of health education; it increased in adolescent's knowledge and adherence to healthy behaviors for the prevention of STD / HIV / AIDS.

Keywords: Adolescent. Health Education. Nursing. Sexually Transmitted Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Planejamento da CBPR – Grupo de Parceiros em uma Escola Pública de Imperatriz - MA, 2012	39
Gráfico 2 –	Distribuição percentual de acertos das questões relacionadas ao conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS. Imperatriz – MA, 2013	62
Gráfico 3 –	Distribuição percentual de acertos das questões relacionadas ao conhecimento dos adolescentes sobre as formas de transmissão da AIDS. Imperatriz – MA, 2013	64
Figura 1 –	Organização da sala do <i>plantão educativo</i>	77
Figura 2 –	Construção do nome do <i>plantão educativo</i>	77
Figura 3 –	Adolescentes colaborando na organização da sala do plantão	77
Figura 4 –	<i>Flyer</i>	78
Figura 5 –	Reunião pesquisadora e multiplicadores	79
Figura 6 –	Simulação prática de colocação e retirada do preservativo feminino no modelo genital feminino	81
Figura 7 –	Simulação prática para averiguar a sensibilidade térmica com o uso do preservativo	82
Figura 8 –	Árvore do Prazer	85
Figura 9 –	Mural Assim Pega, Assim Não Pega	85
Figura 10 –	Mesa com folders e preservativos	85
Figura 11 –	Mural com panfletos informativos	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das características sociodemográficas e econômica dos adolescentes entrevistados por sexo. Imperatriz – Maranhão, 2013	53
Tabela 2 –	Distribuição das características do acesso e uso de postos de saúde por adolescentes em relação às práticas sexuais seguras, por sexo antes da intervenção. Imperatriz – Maranhão, 2013	55
Tabela 3 –	Distribuição das características do acesso ao conhecimento de adolescentes em relação às práticas sexuais seguras por sexo antes da intervenção. Imperatriz – Maranhão, 2013	57
Tabela 4 –	Distribuição das características relacionadas ao comportamento e das experiências sexuais e reprodutivas dos adolescentes por sexo antes da intervenção. Imperatriz – Maranhão, 2013	59
Tabela 5 –	Distribuição das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, antes e após o desenvolvimento da intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013	62
Tabela 6 –	Distribuição das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre as formas de transmissão da AIDS, antes e após o desenvolvimento da intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013	65
Tabela 7 –	Atitudes de adolescentes em relação às DST/HIV/AIDS, antes e após o desenvolvimento da intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013	67
Tabela 8 –	Distribuição das questões relacionadas ao comportamento sexual de adolescentes, antes e após da intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013	69
Tabela 9 –	Distribuição das questões relacionadas à avaliação do plantão educativo sobre DST/HIV/AIDS, por sexo, após intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CBPR	Community Based Research
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CMT	Colégio Militar Tiradentes
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MA	Maranhão
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan - Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para a SIDA
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PMMA	Polícia Militar do Maranhão
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SEDUC-MA	Secretaria Estadual de Educação do Maranhão
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPE	Saúde e Prevenção na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	<i>Plantão educativo</i> para a prevenção das DST/HIV/AIDS	22
2	OBJETIVOS	24
2.1	Geral	24
2.2	Específicos	24
3	ESTADO DA ARTE	25
3.1	Adolescência e sua vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS	25
3.2	Educação em saúde no contexto escolar	30
4	MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1	Delineamento do estudo	37
4.2	Referencial norteador metodológico	38
4.3	Local e período de realização do estudo	40
4.4	População e amostra	41
4.5	Instrumento de coleta dos dados	41
4.6	Coleta de dados	42
4.7	Intervenção: o <i>plantão educativo</i>	45
4.8	Descrição das variáveis	48
4.9	Análise dos dados	50
4.10	Aspectos éticos	51
5	RESULTADOS	52
5.1	Caracterização dos sujeitos	52
5.2	Intervenção educativa	60
5.3	Desenvolvimento da intervenção: aplicação do <i>plantão educativo</i>	74
5.4	As dificuldades enfrentadas no plantão e o que se aprende com elas	86
6	DISCUSSÃO	89
7	CONCLUSÃO	120
7.1	Limitações do estudo	123
7.2	Recomendações do estudo	123
7.3	Implicações para a prática de enfermagem	124
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES	138

ANEXOS	154
---------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como fase que compreende o recorte etário entre 10 e 19 anos, assinalada por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define esta fase como a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade incompletos (OMS, 1965; BRASIL, 2008).

Estudiosos da área da saúde do adolescente (ARAÚJO *et al.*, 2008; CAMARGO; FERRARI, 2009; ALVAREZ, 2010; GUBERT, 2011) caracterizam a adolescência além da definição cronológica, como uma fase da vida entre a infância e a fase adulta, assinalada por um complexo e dinâmico processo de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de intenso aprendizado de vida, por envolver os contextos do convívio social, escolar e familiar e o exercício da sexualidade e afetividade, no qual os adolescentes relacionam-se e interagem.

Para Jesus e colaboradores (2011), é um período de transformações advindas da puberdade, que compõem a chamada síndrome da adolescência normal, em que o adolescente busca a vivência temporal singular, a evolução da sua sexualidade, a aproximação entre pares e a busca pela própria identidade. A adolescência representa uma ampliação importante dos graus de autonomia e diferenciação em relação à família e a vivência entre os pares ganha especial dimensão. Por ser um período de aprendizado, em que se buscam conhecimentos e sensações, a adolescência é uma fase propícia para a mudança e aquisição de novos comportamentos.

Sob esta perspectiva é um período da existência em que estas transformações são de extrema importância para o indivíduo, que começa a interagir com o mundo externo de modo mais independente sem, aparentemente, ter de assumir as responsabilidades da vida adulta, situação vista como de extrema ambivalência: de um lado ainda não é considerado adulto e por outro lado não lhe é permitido comportar-se como criança (SALDANHA *et al.*, 2008).

Por ser uma fase de transição e transformações, a adolescência tem despertado a atenção dos profissionais de saúde em relação aos eventos associados à expressão da sexualidade, especialmente, do comportamento sexual de risco que aproxima os adolescentes à exposição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (DIAS *et al.*, 2010).

Atualmente, as DST/HIV/AIDS são doenças emergentes, consideradas problemas de saúde pública na população em geral, sendo elevada a taxa de incidência entre a população mais jovem. Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) em todo o mundo foram registrados em 2012, 2,3 milhões de novos infectados pelo HIV. O relatório destaca também a redução de 33% no número de infecções pelo HIV entre 2001 e 2012, e que 35 milhões de pessoas vivem com o HIV no mundo (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011; ONUSIDA, 2013).

Entre os jovens brasileiros a primeira notificação da Aids foi em 1982 com 54.965 casos, destes, 10.337 entre os adolescentes de 13 e 19 anos. O Relatório Global do ONUSIDA 2008 sobre a Epidemia da Aids informa que somente 40% dos jovens entre 15 e 24 anos possuíam conhecimentos corretos sobre o HIV e sua transmissão. Esse conhecimento é ainda mais urgente, uma vez que jovens nessa faixa etária representam mais de 45% de todas as novas infecções pelo HIV (BARRETO; SANTOS 2009).

No Brasil, os dados do Boletim Epidemiológico Aids, alertam para o fato de que embora os adolescentes tenham elevado o conhecimento sobre prevenção da Aids e outras DST, ainda há tendência de crescimento do HIV neste grupo. Estima-se que a cada ano, quatro milhões de adolescentes tornam-se sexualmente ativos e que ocorram cerca de 12 milhões de casos de DST ao ano, dos quais, um terço em indivíduos com menos de 24 anos. O levantamento feito entre jovens, realizado com mais de 35 mil meninos de 17 a 20 anos de idade, indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12% (BRETAS, 2009; BRASIL, 2011).

Desde o início da epidemia da Aids, 15.738 jovens brasileiros foram a óbito pelas suas complicações, evidenciando a tendência de juvenização do HIV. No Estado do Maranhão, por exemplo, foram registrados 3.071 casos de Aids entre jovens, 60 novos casos nos últimos três anos. Entre os municípios que apresentaram os maiores números de casos, o município de Imperatriz, aparece em segundo lugar com 495 casos, atrás apenas da capital do Estado, São Luis que apresenta 1.616 (BRASIL, 2012).

De acordo com Oliveira; Ressel (2010) o longo período de latência do HIV sugere que a infecção ocorra, provavelmente, na adolescência. Estudo realizado por Marta *et al.* (2008) indica que o HIV pode permanecer assintomático por até 10 anos, fator que leva a crer que o risco de infecção e de disseminação é maior entre os

adolescentes, devido ao maior número de parceiros e práticas sexuais de risco que o adolescente usualmente possui, tornando-se capaz de transmitir a infecção.

Em virtude das transformações próprias da síndrome da adolescência normal, o adolescente inicia as primeiras experiências sexuais precocemente, por volta dos 15 anos (IBGE, 2012), e, ainda, sob influência direta da liberdade sexual, da mídia e facilidade dos contatos sexuais íntimos, o que os torna mais vulneráveis, em virtude da falta de informação e experiência. Assim, o papel assumido pelo adolescente diante do contexto social em que ele vive em relação à sexualidade pode ser um comportamento de risco para a sua saúde, quando ele se coloca em uma situação vulnerável em relação às DST/HIV/AIDS.

Diante disto, é possível afirmar que as DST/HIV/AIDS são um problema de saúde pública na população adolescente, o que torna essencial conhecer comportamentos e atitudes de adolescentes em relação à sua sexualidade, uma vez que a principal forma de transmissão destas infecções é sexual (BRETAS *et al.*, 2009).

Como as DST facilitam a transmissão do HIV, em virtude das feridas, verrugas e inflamações nas mucosas e na pele dos genitais, é necessário canalizar esforços para prevenir o surgimento de tais doenças em adolescentes. Sob esta perspectiva, algumas políticas públicas de saúde voltadas para a população de adolescentes foram elaboradas na tentativa de favorecer a reflexão acerca de comportamentos mais saudáveis e de subsidiar ações específicas para a prevenção e promoção de sua saúde, em virtude, por exemplo, da realidade da gravidez precoce entre as adolescentes e do risco da infecção por DST/HIV (BRASIL, 2006; BARRETO; SANTOS, 2009).

Essa preocupação com as DST e a saúde dos adolescentes, gerou em 1989 em âmbito internacional e nacional, através da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), respectivamente, diretrizes para promover, integrar, apoiar e incentivar práticas de saúde, nos locais onde será feita a implantação e aonde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições (BRASIL, 2003).

Ainda em conformidade a estas políticas, no que se refere à educação, tem-se em 1995 a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que defendem a reorganização e reorientação do ensino por meio de adequações curriculares, em que justificam a opção de caracterizar a educação para a saúde como um tema transversal, incluindo na grade curricular temas como, sexualidade, DST, HIV e gravidez na

adolescência. Estas diretrizes contidas nas políticas visam, sobretudo, promover o empoderamento dos adolescentes para aquisição de comportamentos de autocuidado em relação a comportamentos favoráveis a saúde (BRASIL, 1997; BRETAS, 2009).

Uma das ações no ambiente escolar proposta pelo Governo Federal em 1996 é o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez na adolescência. O SPE representa um marco na integração saúde-educação e privilegia a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes, mediante a participação de estudantes, professores, família e profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Já em 2005, a Política Nacional da Juventude iniciou o processo de mobilização coletiva da sociedade para a construção preliminar de uma política que respondesse às necessidades de saúde e aos anseios dos jovens brasileiros. Ela cogita uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que pressupõe o atendimento integral e propõe uma mudança estratégica na atenção ao adolescente, com prioridade para as atividades de promoção da saúde (GOULART, 2006).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde propõe em parceria entre a Área Técnica de Saúde do Adolescente, o Ministério da Educação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO), uma política de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes através do Programa *Saúde na Escola* (PSE) no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde da família, com destaque para a abordagem de temas como, Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/AIDS. Por conseguinte, observa-se uma preocupação urgente dos gestores em favorecer a discussão entre crianças e adolescentes escolares sobre esses agravos junto ao cronograma curricular das escolas, como mecanismo facilitador de aproximação dos jovens (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009).

Estas políticas de Promoção da Saúde do Adolescente tiveram influência dos movimentos internacionais de Promoção da Saúde, de tal forma que elas são consideradas diretivas para que sejam criadas condições para desenvolver as habilidades e capacitar os adolescentes dentro de um enfoque de promoção da saúde. Nesse

contexto, as estratégias de educação em saúde com os adolescentes são fundamentais para favorecer a interação entre educador e adolescentes, e entre os adolescentes, com vistas à aprendizagem compartilhada e à formulação coletiva do conhecimento, buscando, também, a aquisição da autonomia pelos adolescentes no auto cuidado de sua saúde física, mental e emocional (OMS, 1996; FORTUNA *et al.*, 2011).

Tratando-se de iniciativas que abrangem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o Ministério da Saúde recomenda Programas de Educação em Saúde, de tal modo que essas iniciativas sejam utilizadas nas atividades com adolescentes, como estratégias de intervenção, principalmente no contexto da epidemia da Aids e outras DST (BRASIL, 2009).

Neste mesmo sentido, o Ministério da Saúde compreende a escola como um espaço importante para a promoção da saúde, uma transição entre o mundo da casa e o mundo externo, configurando e instituindo práticas socioculturais amplas, inclusive comportamentos, que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma. Segundo Demarzo e Aquilante (2008) a escola é um espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício dos direitos e deveres, o controle das condições de saúde e a qualidade de vida, com opção para atitudes mais saudáveis.

Nas últimas décadas, as questões de saúde, adquiriram maior visibilidade, e a escola foi compelida a lidar com problemas emergentes, como a contaminação crescente do meio ambiente, a Aids, o consumo abusivo de álcool e outras drogas, a violência social e as diferentes formas de preconceito. Fundamental é saber que não há como trabalhar com esses temas apenas com informação ou prescrição de regras de comportamento, sendo essencial que o adolescente esteja sensível a aderir a práticas saudáveis (BRASIL, 2006).

A adolescência é uma época crucial para a elaboração de condutas, logo, a escola passa a assumir função destacada por sua potencialidade para o desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo com o adolescente, de tal modo que assume explicitamente a responsabilidade pela educação para a saúde, já que a conformação de atitudes estará fortemente associada a valores que o professor e toda a comunidade escolar transmitirão inevitavelmente aos alunos durante o convívio cotidiano (BRASIL, 2005c).

Estudos vêm demonstrando que a educação em saúde junto aos adolescentes é eficaz à medida que produz no adolescente a motivação e compreensão necessárias à

implementação de práticas e comportamentos saudáveis em conformidade ao conhecimento apreendido (SISTON; VARGAS, 2007; SALDANHA *et al.*, 2008; ALVES; BRANDÃO, 2009).

É durante as atividades educativas em saúde que as informações disponibilizadas e compartilhadas são passíveis de sensibilizar o adolescente a ponto de que se percebam capazes de promover mudanças em seus comportamentos, diminuindo a vulnerabilidade e aumentando o empoderamento para fazer frente aos desafios que caracterizam o seu dia a dia. Sob esta ótica, a escola surge como importante aliada para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos adolescentes, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde (BARRETO; SANTOS, 2009).

Fato é que na literatura é possível encontrar publicações que envolvem educação em saúde e adolescentes na escola nos mais diversos cenários, como, diabetes tipo 2 (SILVA, 2009), alcoolismo (LOPES *et al.*, 2007), DST/HIV/AIDS (CALIANI; OTANI, 2008; GUBERT *et al.*, 2009), educação sexual (CAMARGO; BOTELHO, 2007; TORRES *et al.*, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2010).

A educação em saúde é a atividade principal da promoção da saúde para desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde, além de ser uma prática social crítica e transformadora, de tal forma que envolve a capacidade permanente ou disposição para mudança de cada sujeito. Diante desta constatação, a utilização de novas estratégias de educação em saúde com adolescentes é cada vez mais levantada nos estudos, cuja finalidade é sensibilizá-los diante da necessidade urgente de empoderamento (SOUSA *et al.*, 2008; SILVA, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2010; MURTA *et al.*, 2012).

Contudo, as estratégias de educação em saúde envolvendo adolescentes em seu ambiente escolar devem considerar o meio social, econômico e cultural no qual estão inseridos, assim como precisam ensejar reflexões críticas sobre a temática em discussão (SOUSA *et al.*, 2008; OLIVEIRA; RESSEL, 2010). No panorama das DST/HIV/AIDS, por exemplo, muitos adolescentes podem encontrar barreiras durante ações de educação em saúde coletivas, como por exemplo, timidez, conflito de horários, dificuldade de expressar dúvidas e pouca interação com o educador. Deste modo, é importante que o educador em saúde tenha um contato mais íntimo com o educando, a fim de identificar tais barreiras, e, comportamentos de risco à saúde, e, conseqüentemente, fomentar motivação para a promoção do autocuidado.

Na literatura há exemplos do êxito da implantação de novas estratégias educativas em saúde na escola, espaços temporários para promoção de autocuidado, como *plantões de saúde* escolar. Balbino (2010) implantou um espaço para o autocuidado, diante de intercorrências clínicas, numa escola do Rio de Janeiro-RJ, onde naquela ocasião, os principais motivos para atendimento foram cefaléia, mal-estar, cólicas, epigastralgia, dor de garganta, dor abdominal e enjôo. Para a saúde mental dos adolescentes foram encontradas outras publicações em que psicólogos ofertavam plantões em espaços de atendimento dentro das escolas para os adolescentes (KOVÁCS *et al.*, 2001). Todavia, na perspectiva do atendimento de adolescentes com dúvidas e ansios relacionados às DST/HIV/AIDS não foram encontrados dados.

No que concerne à educação em saúde, voltada para a prevenção de DST/HIV/AIDS, a sexualidade, compreendida como uma dimensão íntima e relacional, que compõe a subjetividade dos sujeitos e suas relações corporais com seus pares e com o mundo, manifesta-se na adolescência com toda sua energia, sob a influência dos hormônios sexuais (BUSANELLO; SILVA; OLIVEIRA, 2009; MARTINS *et al.*, 2012).

Assim, reafirma-se a necessidade de ampliar o conhecimento da clientela adolescente em relação às suas opiniões e vivências da sexualidade, e sobre os fatores que interferem na prática do sexo seguro, para que possam ter autonomia quanto às suas decisões e que tenham condições para mudança. Logo, a educação em saúde revela-se essencial nesta proposta de intervenção na adolescência, como uma forma positiva de aprendizado para escolhas saudáveis e reconhecimento das dimensões individuais e coletivas da saúde.

Estudos realizados sobre educação em saúde com adolescentes na escola demonstram uma reorientação crescente sobre as reflexões metodológicas na temática deste estudo, especialmente, aquelas que sugerem a necessidade de investir em novas estratégias, tais como, no âmbito da intervenção (CALAZANS *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2008; ALAVAREZ, 2010; GOMES; HORTA, 2010), corroborando desta forma, à proposta do presente estudo.

No panorama das DST/HIV/AIDS entre os adolescentes, a estratégia para controlar as suas formas de transmissão é a prevenção, onde o principal objetivo é promover a saúde do adolescente. Logo, deve-se dar preferência às estratégias que aproximem o adolescente para o auto cuidado, e, que enfoquem, particularmente, sobre os riscos de se ter uma relação sexual sem proteção, a importância de mudar o

comportamento, conquanto, adotar o preservativo em todas as relações sexuais (BARRETO; SANTOS, 2009).

Tomando-se por base este quadro epidemiológico e as repercussões na saúde individual e coletiva, fica clara a importância de investir em novas ações de promoção à saúde dos adolescentes frente à tendência de juvenização das DST/HIV/AIDS. Na perspectiva de implementar novas estratégias, considerando a interface das características inerentes do adolescente, sua vulnerabilidade, e da carência de ações educativas a longo prazo em algumas regiões do Brasil, como na Região Sudoeste Maranhense, por exemplo, propôs-se neste estudo, uma nova proposta educativa a ser adotada nas escolas: o *plantão educativo* individual do adolescente para a prevenção de DST/HIV/AIDS.

Esta proposta surgiu a partir dos seguintes questionamentos: O enfermeiro como agente educador, poderá desenvolver no espaço escolar, um *plantão educativo* individual com adolescentes, para a prevenção de DST/HIV/AIDS? O *plantão educativo* individual pode ser adotado como ação educativa em saúde nas escolas?

O *plantão educativo* individual, objetiva maior aproximação do adolescente ao enfermeiro, na busca pela resolução de suas dúvidas/angústias, relacionadas ao exercício seguro da sua sexualidade. Desta forma, possibilita ao enfermeiro discutir junto ao adolescente, conhecimentos corretos sobre DST/HIV/AIDS e modos de valorizar os fatores de proteção, auxiliá-lo e apoiá-lo para reverter ou reduzir fatores de risco para estas infecções, promover o vínculo entre a escola e o setor saúde e utilizar técnicas interativas visando um envolvimento ativo dos adolescentes.

Logo, formula-se a hipótese de que o *plantão educativo* individual na escola terá um impacto efetivo, uma vez que irá aumentar o conhecimento e a adesão a comportamentos sexuais saudáveis de adolescentes para a prevenção de DST/HIV/AIDS, podendo, pois, ser considerado uma nova estratégia de educação em saúde.

Na esfera internacional, a figura do enfermeiro como educador inserido na escola para melhorar as condições de vida do escolar é uma realidade, desde o século XIX na Europa. A literatura consultada aponta que o enfermeiro, em alguns países da Europa e dos Estados Unidos, faz parte integrante do sistema escolar, e esta atividade, inclusive, é oficializada pelos Governos. No Brasil, embora exista uma lei que exija a presença do enfermeiro no sistema escolar, não foi possível encontrar nenhum registro de atividade de enfermeiro oficializada e própria das Secretarias de Educação dos

estados brasileiros (SISTON *et al.*, 2007; FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008; MOTA; ROCHA, 2008).

Programas educativos realizados por enfermeiros escolares nos Estados Unidos demonstram a sua efetividade, no que se refere à redução considerável por descontinuidade às aulas por problemas de saúde, visto que, dentre os inúmeros papéis que assume na escola, os enfermeiros escolares auxiliam com orientações e cuidados de saúde, apropriados, incorporando a área de educação em saúde como sua responsabilidade (CHAGAS *et al.*, 2009).

Autores consultados referem que, desde a década de 1980, o processo educativo realizado pelo enfermeiro passa por mudança de paradigma, onde a abordagem baseada na doença vem gradativamente sendo substituída por uma abordagem para a promoção e a manutenção da saúde. Diante deste novo tipo de abordagem, é recomendado que, na educação em saúde, o enfermeiro deva atuar como um facilitador, criando um ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite o indivíduo a querer aprender (BASTABLE, 2010; SILVA *et al.*, 2011).

Além disso, o enfermeiro deve assegurar que todo o processo de concepção, implementação e avaliação do ensino e da aprendizagem deve valorizar e incluir as necessidades e a participação, tanto do educador quanto do educando. O enfermeiro garante o seu papel como educador quando, além de envolver o educando no planejamento da ação educativa, é capaz de conectá-lo às fontes de aprendizagem e encorajá-lo em sua adesão, motivação e comportamentos de saúde (GURGEL *et al.*, 2010).

Logo, é necessário que os enfermeiros, no Brasil, realizem um número maior de estudos na temática educação em saúde escolar, a fim de ressaltar o seu papel dentro das escolas, e, colaborar para a sua expansão (SISTON *et al.*, 2007). O *plantão educativo* é uma oportunidade para que o enfermeiro, como educador em saúde, atue no intuito de preparar o adolescente para o autocuidado e não para a dependência, sendo, portanto, um facilitador nas tomadas de decisões. Neste contexto, a atuação do enfermeiro como educador inserido na escola é de grande valor.

A relevância desta pesquisa se respaldou ainda em algumas constatações, a saber: 1. Consoante com levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados Pubmed, Medline, Scielo e Bireme, não há publicações nessa temática, desenvolvida na Região Sudoeste do Estado do Maranhão; 2. Não foram identificados no Brasil

manuscritos que avaliaram a aplicação de *plantões educativos* na temática DST/HIV/AIDS.

Dessa forma, diante do que foi pontuado até aqui, é importante criar espaços de educação em saúde no âmbito escolar como mecanismo de sensibilização, empoderamento e avanço positivo no enfrentamento da vulnerabilidade dos adolescentes. O *plantão educativo* na escola é uma proposta facilitadora, para que o adolescente possa mostrar mudança de atitudes, conhecimentos e competência em relação à promoção da sua saúde, e, facilitar o empoderamento de outros adolescentes contribuindo para novas políticas públicas de saúde local.

Diante desta realidade, o estudo aplicou uma estratégia de intervenção diferenciada, que contemplou as observações descritas pela literatura anteriormente, onde o compartilhar de informações foi aplicado para atender às necessidades de saúde. A estratégia de educação em saúde eleita foi o atendimento individual do adolescente na escola, considerado neste estudo como *plantão educativo*.

1.1 *Plantão educativo* para a prevenção das DST/HIV/AIDS

A expressão *plantão* está associada a um tipo de serviço, exercido por profissionais que se mantêm a disposição de pessoas que dele necessitem, em períodos de tempo previamente estabelecido e ininterrupto (MANTILLA et al., 2013).

O *plantão* é concebido como um espaço no qual qualquer pessoa que procure o profissional responsável, será atendida. A finalidade essencial do *plantão* é oferecer atendimento a quem procura a possibilidade de acolhimento e de ser ouvida quanto às suas dúvidas e angústias (RASCHE, 2012).

O atendimento por *plantão* pede uma sistematização do serviço oferecido e pede do profissional disponibilidade para se defrontar com o não planejado e com a possibilidade de que o encontro com a pessoa que o procura seja única. O *plantão* significa um ponto de referência para algum momento de necessidade do indivíduo (CHOQUE-LARRAURI; CHIRINOS-CÁCERES, 2009).

O *plantão* enquanto intervenção educativa caracteriza-se como um lugar de diálogo, para uma abertura legitimadora do outro e de si mesmo, na qual são constituídos novos significados, novas compreensões, a descoberta de novos sentidos para a ação e a possibilidade de elaboração e efetivação de novos comportamentos (LOPES et al, 2007). Trabalhar na práxis da dialogicidade segundo Freire (1997, 2007),

é compartilhar a expressão de um jeito de ser entre educador e educando, a fim de favorecer a humanização de todos os protagonistas da ação educativa.

A abordagem do plantão centrada na pessoa oportuniza ao indivíduo perceber que dentro de si existem inúmeros recursos para a auto-compreensão e para modificação de seus auto-conceitos, de suas atitudes, de seus comportamentos. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras (LOPES *et al*, 2007; ARAÚJO; ROCHA; ARMOND, 2008).

A escola enquanto cenário escolhido para o plantão possibilita um espaço para o aluno como pessoa, à oportunidade de se cuidar, à livre expressão de seus problemas, de estarem atentos ao que é significativo para eles, e, então, se posicionarem diante disto (SÍSTON; VARGAS, 2007). O plantão educativo é idealizado como uma nova proposta educativa oferecida na escola, e é tido como espaço facilitador para discussões sobre promoção da saúde e prevenção de riscos (LOPES *et al*, 2007).

O plantão apresenta algumas particularidades, para ser considerado educativo, como: definição de um espaço para refletir sobre a prática educativa como componente organizador dos participantes; inserção em um estabelecimento educacional; estruturado como um espaço de interlocução, de fala, escuta e compreensão, onde quem procura possa trazer as suas dúvidas e os seus desafios para mudança de atitude (REIS; SANTOS, 2011; LOPES *et al*, 2011).

O *plantão educativo* na escola é de grande valia para o adolescente, uma vez que o período de desenvolvimento que vivencia, é de importantes transformações corporais, mentais e sociais, que podem originar angústias e dúvidas em decorrência da sua mudança diante do mundo e de si mesmo, e que nem sempre é acompanhada e compreendida pela família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar a aplicação de um *plantão educativo* sobre prevenção de DST/HIV/AIDS e promoção da saúde sexual com adolescentes de uma escola pública em Imperatriz - MA.

1.1 Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas e sexuais dos adolescentes.
- Identificar as principais fontes de informação sobre DST/HIV/AIDS, o acesso e o uso de serviços de saúde por adolescentes.
- Identificar o conhecimento de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS antes e após o desenvolvimento do *plantão educativo* sobre DST/HIV/AIDS.
- Conhecer comportamentos e atitudes de adolescentes em relação a práticas sexuais seguras antes e após o *plantão educativo*.

3 ESTADO DA ARTE

Os estudos que envolvem os adolescentes em atividades de educação em saúde são bastante recorrentes na atualidade, desta forma, é importante refletir sobre o Estado da Arte sobre o tema, uma vez que se refere ao que já se sabe sobre o assunto pesquisado, de tal forma que auxilia na melhoria do desenvolvimento de novos conceitos e paradigmas relacionados à temática.

3.1 Adolescência e sua vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS

A falta de conhecimento e a não adesão aos métodos contraceptivos, às medidas de prevenção para DST/HIV/AIDS, a curiosidade pelas drogas, bem como a necessidade de afirmação grupal, tornam os adolescentes vulneráveis à aquisição de DST. Autores consultados mostram que apesar da socialização da informação nas últimas décadas, o desconhecimento do modo de contágio dessas doenças e a recusa em adotar métodos preventivos ainda persistem e culmina em problemas como a gravidez na adolescência, além de DST/HIV/AIDS (BRETAS *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010; KOERICH *et al.*, 2010; GONZÁLEZ MORA *et al.*, 2011).

Fato é que dados da Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade (PCAP) realizada no ano de 2008 em todo o país apontam que é do conhecimento da maioria dos adolescentes informações sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV/AIDS, entretanto, a utilização do preservativo na última relação sexual ficou abaixo do esperado, demonstrando que ter um nível de conhecimento não está implicado, necessariamente, com uma maior prática de proteção (BRASIL, 2008).

O conceito de vulnerabilidade, tomado do movimento de Direitos Humanos, foi desenvolvido por Mann e colaboradores, para pensar a epidemia da Aids no contexto da saúde pública, em que a prevenção da doença era entendida como resultado de informação e vontade pessoal, dependendo, portanto, da mudança de comportamento realizada voluntariamente pelo indivíduo (MANN, 1992).

Na atualidade, esse conceito amplia-se para além do comportamento individual entendido como produto da interação de múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais e políticos e nem sempre se reduz à vontade individual. Logo, a vulnerabilidade se apresenta nas seguintes situações: social, programática e individual, de tal modo que

cada uma destas diz respeito a determinadas condições e circunstâncias sociais, econômicas e políticas dos indivíduos e/ou grupo, que podem ser minimizadas ou revertidas, a fim de prevenir a contaminação por HIV/AIDS (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JÚNIOR, 1998).

A vulnerabilidade dos adolescentes está relacionada às três situações apresentadas. Nesse estudo foi privilegiada a dimensão individual, com algumas referências à vulnerabilidade social, referente a estruturas sociais de desigualdade (raça, gênero, atitudes diante da sexualidade, crenças religiosas, pobreza, relações entre gerações e classe social), as quais determinam acessos, oportunidades e produzem sentidos para o adolescente sobre ele mesmo e o mundo numa tentativa de compreender os comportamentos e as práticas que se relacionam à sua exposição às DST/HIV/AIDS. Quanto à programática, entende-se que as políticas já contextualizadas buscam preencher esta lacuna, no sentido de favorecer que os adolescentes na escola tenham oportunidade de acesso a conhecimentos que favoreçam a mudanças de comportamentos de saúde.

A adolescência se constitui fase de maior vulnerabilidade à infecção por DST/HIV em virtude da necessidade que o adolescente tem de experimentar comportamentos de risco que criam oportunidades para que eles contraiam doenças como a Aids. Questões como o despreparo em compreender a sua sexualidade, os sentimentos de invulnerabilidade aos agravos, preconceitos, conflitos de interesses e sentimentos, problemas de identidade, a autoafirmação grupal e a administração dos desejos também são preponderantes para a vulnerabilidade dos adolescentes a estas infecções (SALDANHA *et al.*, 2008; BARRETO; SANTOS, 2009).

A Adolescência, do latim *adolescere* (crescer) é denominada pela OMS, UNESCO e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) no interior das práticas de saúde como um período situado no conjunto de fenômenos biológicos e universais do processo de crescimento e desenvolvimento, apontando a adolescência como categoria instrumental para a apreensão e transformação das condições de saúde (KURBY; LARIS; ROLLERI, 2007; JESUS *et al.*, 2011).

Apesar do forte componente físico-corporal presente nas transformações biológicas inerentes da adolescência, elas não são naturais ou decorrentes excepcionalmente de um processo evolutivo orgânico. As necessidades em saúde do adolescente são, acima de tudo, processos produzidos no domínio das sociedades, definindo-se e transformando-se na influência com seus diversos elementos –

econômicos, político-éticos, físico-ambientais e culturais, que colaboram para as diferentes atitudes de vida do adolescente.

A adolescência abrange um momento extremamente importante do desenvolvimento humano, com características muito próprias, como: período de conflitos, necessidade de afirmação, mudanças físicas e psicológicas.

Na dimensão fisiológica, os estudos expressam que o adolescente inicia uma fase de conhecimento e descoberta do seu corpo. Começa a se habituar às modificações orgânicas, tais como, a maturidade do sistema reprodutivo, a descoberta da sexualidade, o desenvolvimento dos músculos, ossos e tecido adiposo, as alterações da voz, o desenvolvimento das glândulas mamárias, aparecimento de pêlos, acne, alterações hormonais, aumento do peso e da estatura, entre outras modificações (CAMARGO; BOTELHO, 2007; BESERRA *et al.*, 2008; BARRETO; SANTOS, 2009; JESUS *et al.*, 2011).

No que se refere ao aspecto comportamental, o adolescente passa por suas maiores modificações e transformações. É neste período, o início da procura por sua autoafirmação, por uma identidade própria, pelo redirecionamento de seu caráter e sua personalidade, ratifica a definição de seus valores, está em progressiva independência dos pais, de idéias e conceitos pré-formados, obtêm satisfação sexual e também procura estabilidade social em seu grupo de convívio (MARTINS *et al.*, 2012).

Vale, pois, ressaltar que as alterações comportamentais devem ser levadas em conta, pois sinalizam a necessidade de acompanhamento e orientação dos profissionais de saúde. Cuidar do adolescente é um desafio às habilidades do profissional, visto que, frequentemente, costuma ter uma postura retraída que inclui, por exemplo, situações de censura. Logo, o adolescente pode ver o profissional de saúde como um repressor de suas idéias e desejos, assemelhando-o em alguns casos à conduta dos pais (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Autores destacam que a adolescência vai delineando para o indivíduo, uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ele venha a exercer determinados papéis dentro da sociedade. Esta identidade é a imagem que o indivíduo tem de si, permanecendo constante apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que venha a desempenhar. No entanto, a adolescência não pode ser considerada um período de transição, caracterizando-se muito mais como parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida (ALVES; BRANDÃO, 2009; TOLEDO; TAKAHASHI; DE LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

A tendência de ver a adolescência como um período de transição tem contribuído para o esquecimento das necessidades deste grupo e o desrespeito com relação a seus direitos. A fim de que seja provável outro enfoque sobre o adolescente, é necessário valorizar o seu potencial de contribuição e o apoiá-lo, admitindo que os seus pensamentos, desejos, idéias e críticas sejam acolhidos. Sobretudo, tal atitude pressupõe a abertura de um espaço para o adolescente exercer seu protagonismo e participar mais ativamente de seu processo de amadurecimento.

De-La-Torre-Ugarte-Guanilo (2008) incorpora a idéia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social. Saliente-se ainda que, o adolescente é cidadão que tem direitos próprios à sua particular existência: diversidade, proteção contra as diversas formas de violência, exploração e riscos a que está exposto e também à informação, à escolha, ao prazer, à auto-descoberta, expressão, e, principalmente à esperança e perspectiva de futuro.

Neste contexto, Camargo; Ferrari (2009) pontuam sobre o esforço atual para a relação horizontal entre profissionais de saúde e adolescente, de tal modo a permitir uma nova forma de abordagem com respeito à atenção à saúde do adolescente. No entanto, para que isto ocorra, é necessário que haja um despojamento dos saberes pré-estabelecidos, evitando o autoritarismo que impede o adolescente de compartilhar o seu conhecimento.

Na dimensão sociocultural Lopes e colaboradores (2011) em seu estudo trazem contribuições ao evidenciar que a própria ordem social constituída define o *status*, o papel e as possibilidades de integração do adolescente, classificando-o como imaturo, por conseguinte, prejudica todas as possibilidades de demonstração de sua autonomia, o que pode justificar os sentimentos de contestação e críticas, sobretudo, no que tange às transformações da ordem estabelecida. A adolescência deve ser ponderada como um "fenômeno plural" intimamente ligado às condições materiais e simbólicas do meio.

Na contemporaneidade essa situação é vivenciada através das diversas manifestações de grupos de adolescentes, os quais se identificam com os pares, ao formar grupos, tais como, rappers, patricinhas, playboys, clubbers, funkeiros, emos, etc. Ademais, o adolescente é incluído em uma nova dinâmica de construção social, que pode ser vista por ele, como um modelo de pressão, uma vez que é apresentado aos seus direitos, mas especialmente, aos seus deveres, como por exemplo, a escolha da

profissão, os deveres com os pais e as novas incorporações sociais (votar, sustento da família).

Por ser um período marcado por intensas mudanças, dúvidas e irresoluções, a adolescência é também um período repleto de vulnerabilidades individuais e interpessoais, especialmente em relação à sexualidade, tornando o adolescente vulnerável à gravidez não planejada, às DST/HIV, à experimentação de drogas, exposição aos acidentes e às diferentes formas de violência, em decorrência do comportamento desafiador que assume diante da sociedade/família. A vulnerabilidade generalizada parece definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas em relação aos adolescentes.

Estudos demonstram que um dos principais fatores relacionados à vulnerabilidade do adolescente seja o fato de que estão iniciando sua vida sexual mais cedo (em média 15 anos para ambos os sexos), muitas vezes desprotegida, comportamento que se reflete em gestações precoces e DST/AIDS. Tal dado torna o número de infecções na adolescência mais significativo ao considerar que a AIDS se manifesta de sete a dez anos após a infecção pelo HIV. Todavia, supõe-se que grande parte das notificações, em pessoas com 25 a 29 anos corresponda a indivíduos que se infectaram na adolescência, cujos parceiros sexuais também estiveram vulneráveis à infecção (DE LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2008; SALDANHA *et al.*, 2008; JESUS *et al.*, 2011; TOLEDO, 2011).

Ao se levar em consideração toda a dimensão da adolescência observa-se que é cada vez mais indispensável procurar atender à necessidade contemporânea de desenvolvimento e ampliação de alternativas de prevenção às situações de vulnerabilidade, por meio da educação, bem como assumir o desafio da criação de metodologias participativas que considerem o adolescente protagonista na elaboração e implementação das ações.

Protagonista vem do grego *Protagonistés* - O principal lutador. O protagonismo adolescente é a atuação de adolescentes, através de uma participação construtiva em que se envolvem com questões inerentes à adolescência, assim como, com as questões sociais do mundo, da comunidade, da escola. O adolescente pode contribuir para assegurar os seus direitos, para a resolução de problemas da sua comunidade, da sua escola, família, etc. (AURÉLIO, 2002; MOSKOVICS; CALVETTI, 2008).

Reconhecer que o adolescente não é um problema, mas parte da solução é o início para abrir espaços e facilitar processos que permitam a participação efetiva dos adolescentes na construção do modelo e da dinâmica social da sua comunidade.

O ECA Título II. Do Direito Fundamental, Capítulo II. Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, no Art. 16, diz que toda criança e adolescente tem entre outros, o direito de conviver com a família, participar da vida da comunidade, brincar, praticar esportes. Direito a se expressar e opinar. Portanto, é direito de todos os adolescentes, enquanto cidadãos e cidadãs participarem da definição dos modelos de atendimento aos seus direitos como a escola, a saúde, etc. E é dever do Estado, da família, do adulto, abrir espaços para a escuta, a expressão e o aprendizado. Só assim podem desenvolver-se, agregar valores e atuar em prol de uma coletividade (BRASIL, 2008).

Ao considerar o enfoque da promoção da saúde do adolescente, a enfermagem necessita atentar para o tipo de abordagem, que leve em conta os vários processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos a que os adolescentes estão sujeitos, sempre considerando a sua complexidade, a partir de uma referência ampla, que considere a dinâmica das relações de classe, gênero, gerações, raças, culturas e sexualidades.

3.2 Educação em saúde no contexto escolar

Muitos estudos pontuam que a escola, dada sua importância e alcance, é uma aliada para a efetivação de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos escolares, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde, para a criação de ambientes saudáveis e para consolidar uma política intersetorial, direcionada para a qualidade de vida, baseada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção e adoção de comportamentos saudáveis (CIPRIANO *et al.*, 2007; DEMARZO; AQILANTE, 2008; BRETAS *et al.*, 2009; GOMES; HORTA, 2010).

Tem-se a adolescência como uma fase propícia a uma situação de aprendizagem, favorecendo a abertura para a adoção de novos comportamentos, em que o ambiente escolar, pois, assume importância superior ao ato de apenas ensinar conteúdos curriculares. O Ministério da Saúde classifica a importância da escola como promotora da saúde de escolares, incluindo dentro dos PCN a responsabilidade da escola em trabalhar os temas transversais para a saúde (BRASIL, 1997).

Nesta perspectiva, o conceito de educação em saúde aproxima-se do conceito de promoção da saúde, em que a participação de todos e não somente das pessoas com

risco de adoecer, é essencial para a elaboração compartilhada do conhecimento, evidenciando mais uma vez a função diretiva da escola para a saúde do adolescente (BRASIL, 2007).

As políticas públicas de atenção à saúde do adolescente no Brasil aproximam-se, do que propõe a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ao estimular o desenvolvimento de *escolas promotoras da saúde* com o objetivo de fortalecer a capacidade das escolas de identificarem necessidades e combaterem problemas em saúde na população escolar. Essas ações permeiam atenção nutricional, saúde mental, hábitos de higiene e prevenção de doenças e sempre são intermediadas por atividades de educação em saúde (OPAS, 1996).

A OPAS propõe ainda que as *escolas promotoras da saúde* utilizem técnicas e atividades participativas que ultrapassem os conteúdos didáticos já pré-definidos pela matriz curricular, de forma a envolver os adolescentes escolares pelo desejo de zelar pela própria saúde, utilizando conhecimentos sobre promoção da saúde adquiridos no ambiente escolar (OPAS, 1996; GOULART, 2006; IPPOLITO-SHEPHEERD, 2006; BALBINO, 2010).

As escolas promotoras propostas pela OPAS se distinguem das demais instituições escolares por serem aquelas que devem oferecer a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto de diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos (BRASIL, 2009).

Sem desconsiderar a importância da informação na aprendizagem, há que se enfatizar que a educação em saúde no ambiente escolar só será efetivada se puder mobilizar os adolescentes para as necessárias mudanças na busca de uma vida saudável. A escola precisa enfrentar o desafio de permitir que seus alunos reorganizem conhecimentos de maneira a conformar valores, habilidades e práticas favoráveis à saúde. Nesse processo, espera-se que os adolescentes embasados pelo conhecimento possam estruturar e fortalecer comportamentos e hábitos saudáveis, tornando-se sujeitos capazes de mudar e influenciar mudanças que tenham repercussão em sua vida pessoal e

na qualidade de vida de outros adolescentes e da coletividade (OPAS, 1996; BRASIL, 2005c).

Ceccon e colaboradores (2011) atribuem que as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde foram estabelecidas por conferências internacionais, como por exemplo, as realizadas em Otawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991), as quais direcionaram sobre a importância da construção de práticas facilitadoras voltadas para a promoção da saúde do sujeito, condizentes diante de suas realidades vivenciadas.

Nesta perspectiva, a concepção de educação em saúde amparada nas práticas de promoção da saúde cuida de processos que envolvem a participação de todos e não somente daqueles com possibilidade de adoecimento. Este processo deve ser capaz de possibilitar condições para a elaboração de um conceito sobre saúde e doença, que leve em conta a situação vivida por cada indivíduo e que contribua, não apenas para despertar o sentimento de que é possível transformar a realidade, mas também conscientizar de que a saúde é um direito de todos (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011).

Sob esta concepção, a educação em saúde na escola, representa uma estratégia essencial no processo de formação de comportamentos que promovam ou mantenham a boa saúde, de tal maneira que o processo educativo não se restrinja unicamente na transferência, depósito ou transmissão de conhecimentos ao educando.

Nas Diretrizes da educação em saúde, o Ministério da Saúde ressalta que a educação em saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de solução para os problemas vivenciados e a sua participação real no exercício do controle social (BRASIL, 2007).

Refletindo-se diante desta denominação, as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde nas décadas de 80 e 90 articulam-se com a idéia de promoção da saúde, agregando ao produto da ação educativa o resultado de um processo facilitador da elaboração do processo educativo.

Logo, apenas o conhecimento durante as atividades de educação em saúde não garante a mudança de comportamento, entretanto, é essencial para desenvolver o interesse do indivíduo e a disposição para o auto cuidado.

A literatura enfatiza que a educação em saúde facilita a emancipação do indivíduo, e, portanto, pode contribuir para o auto cuidado a partir da construção de uma

consciência crítica, que o direcione a refletir sobre a formação de suas identidades. Portanto, para ser eficaz a educação em saúde precisa desenvolver no indivíduo e na coletividade a capacidade de analisar criticamente a sua realidade e decidir conjuntamente as ações para a resolução de problemas e transformação de situações vigentes (FREIRE, 1997; MACHADO *et al.*, 2007; BARNET *et al.*, 2009; HEIDEMANN *et al.*, 2010; OLIVEIRA, 2011).

A partir dessas considerações o conhecimento considerado emancipador seria o conhecimento que pensa na consequência de seus atos, no qual a relação sujeito-objeto é substituída pela reciprocidade entre os sujeitos e onde a participação está presente. Essa forma de pensar a produção de conhecimentos propõe a idéia de um saber não apenas voltado para uma racionalidade cognitivo-instrumental e normativo, mas abre-se à importância da experiência, do compartilhamento de saberes ampliando os cenários de geração de novos conhecimentos e futuras mudanças de comportamento para a melhoria das condições de saúde.

Freire (1997); Colomé; Oliveira (2008) corroboram que, a troca de conhecimentos, o diálogo, os questionamentos e a participação dos indivíduos constituem importante abertura para mudanças. Logo, todo e qualquer indivíduo tem a capacidade de desenvolver as suas potencialidades e a sua disposição para mudança diante de situações de risco a algum agravo à saúde. Basta apenas que a prática de educação em saúde utilize estratégias tanto para o indivíduo como para o grupo em que convive, a fim de que se organizem e desenvolvam ações a partir de suas próprias prioridades, além de ser mediadora importante na orientação e estimulação dos mesmos em atividades voltadas ao avanço de suas condições de vida e de saúde.

No contexto da adolescência uma infinidade de estudos envolve a dimensão e complexidade dessa fase às práticas de educação em saúde no contexto escolar, em comportamentos que promovam ou mantenham uma boa saúde (DÁVILA *et al.*, 2008; LEÓN CORREA, 2008; CHOQUE-LARRAURI; CHIRINOS-CÁCERES, 2009; GUBERT *et al.*, 2009; MACHADO; VIEIRA, 2009; GOMES; HORTA, 2010; BESERRA *et al.*, 2011; SILVEIRA, 2011).

Na elaboração das atividades de educação em saúde na adolescência, considerar o nível de conhecimento da população adolescente torna-se, segundo Freire (2007), dado fundamental para o planejamento e a avaliação das ações educativas, de tal forma que as estratégias de educação em saúde visem à informação e sensibilização, e, a partir destas, a motivação para a mudança de comportamento em relação aos fatores de riscos

de exposição do adolescente, onde a sua atuação de reversão a esses riscos será baseada no fortalecimento ou empoderamento individual ou coletivo.

A inclusão do empoderamento como um dos alicerces às práticas de promoção à saúde na escola, reforça que a educação em saúde requer uma nova abordagem, que valorize o desenvolvimento da consciência crítica e o despertar da necessidade de luta pelos direitos à saúde e qualidade de vida.

O empoderamento, do inglês *empowerment*, influenciado entre as décadas de 70 e 90, e, embasado na ideologia da ação social e na luta pelos direitos civis, compõe um dos eixos principais da promoção da saúde e apresenta significados e ressignificações contemporâneas, cujo sentido, diz respeito ao aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos nas relações interpessoais e institucionais, com atenção especial àqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social (PATALO *et al.*, 2011; FERREIRA; CASTIEL, 2009; BASTABLE, 2010).

Estudiosos da temática educação em saúde na escola conjecturam que a identificação das necessidades individualizadas do adolescente requer dos profissionais que o circundam uma mudança significativa nos modos pelos quais os papéis assumidos são desempenhados. A informação sobre prevenção para a promoção da saúde, por si só, não muda o comportamento do adolescente. (MACHADO *et al.*, 2007; CALIANI; OTANI, 2008; CAMARGO; FERRARI, 2009; MRTINS *et al.*, 2011).

Ao reconhecer o adolescente como detentor de conhecimento, por meio do diálogo, respeitando e compartilhando os saberes, utilizando os elementos que o adolescente ou grupo de adolescentes propõe, favorece-se a ação de educação em saúde. Percebe-se, pois, que as atividades de educação em saúde não podem ser elaboradas apenas a partir das finalidades do educador, e, sim, devem ser construídas ao longo de toda a sua execução (FREIRE, 1996; SOUSA *et al.*, 2008; ROCHA CHAGAS *et al.*, 2009; SOUSA; TORRES; PINHEIRO; PINHEIRO, 2010).

A elaboração de atividades educativas que estimulem a mudança de comportamento é extremamente importante. A escola, local onde os adolescentes passam grande parte de sua vida, atua de maneira significativa na formação de opiniões e na formação do caráter, sendo um local de referência para a implementação de qualquer programa que vise à educação por meio da conscientização.

A escola tem sido considerada por muitos autores como espaço ideal para a reflexão e mudança de comportamento, através da educação em saúde ao abordar questões habituais dos adolescentes, traduzindo, pois, a importância de incluir

profissionais de saúde, tais como o enfermeiro neste espaço (WHO, 2007; BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008; SILVA *et al.*, 2011).

A enfermagem escolar consiste numa prática especializada realizada pelos profissionais da enfermagem, que garantem avanços para o bem-estar e a qualidade de vida da população escolar. Os enfermeiros escolares atuam como facilitadores para as respostas positivas dos estudantes ao seu desenvolvimento normal; promovem a saúde e segurança; intervêm em problemas de saúde reais e potenciais; prestam serviços de gestão de processos clínicos e colaboram ativamente com outras instituições para o desenvolvimento da capacidade de adaptação e desenvolvimento saudável do aluno e da família (CALIANI; OTANI, 2008; BARRETO; SANTOS, 2009).

Segundo Hoffmann e Zampieri (2009); Silveira *et al.* (2011), as atividades de educação em saúde na escola são um dos caminhos para o atendimento das necessidades do grupo adolescente, especialmente na abordagem de assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, para aumentar seu conhecimento e o despertar para novas perspectivas de vida, compartilhar informações em um espaço de debate e liberdade de expressão contribui para a adoção de uma postura mais crítica em relação aos temas abordados, ao desenvolvimento de uma sexualidade mais saudável e responsável e a redução do número de adolescentes em situação de vulnerabilidade.

O ambiente escolar é um ambiente de interação social que influencia o comportamento dos adolescentes, amplia o seu campo de conhecimento sobre a sexualidade e a vulnerabilidade nessa fase de vida, é uma referência para o seu modo de agir, pensar e conduzir seus problemas, medos e suas aflições. Diante disto, a escola deve ser um meio para promover a saúde dos adolescentes, mediante a troca de experiências, a fim de constituir ambientes saudáveis ao exercício da saúde e cidadania, capacitando-os a cuidar de si e a agir na defesa da promoção da sua saúde física, emocional e sexual.

Os estudos apontam para a necessidade de adoção de práticas educativas mais eficientes e mais precocemente com os adolescentes, principalmente no ambiente escolar, em virtude ainda da existência de resultados encontrados sobre os limites de informações ou conhecimento insuficiente e errôneo sobre a demonstração saudável da sexualidade e das práticas preventivas às DST/HIV (CIPRIANO; FARIAS; ABRANTES, 2007; SOUZA; BRUNINI; ALMEIDA; MUNARI, 2007; ARAUJO; ROCHA; ARMOND, 2008).

Associado a este fato, tem-se a constatação do baixo nível de escolaridade entre muitos adolescentes, e, ainda, um sistema educacional por vezes, desestimulante e que nem sempre compartilha a informação correta até o adolescente e permite a sua participação no processo de transformação das práticas de risco para a saúde. Assim, é necessária a implementação de estratégias educativas que utilizem da metodologia participativa, a fim de incentivar a participação e conscientização dos adolescentes, por exemplo, sobre a prevenção da infecção por DST/HIV/AIDS (SOARES; AMARAL; SILVA, 2008).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Realizou-se um estudo de intervenção, do tipo quase-experimental com abordagem quanti-qualitativa. A utilização de diferentes abordagens metodológicas em diferentes fases do processo da pesquisa visou à complementação para a análise do tema do estudo, funcionando como uma compensação integrante das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado.

Ao utilizar o modelo de investigação quantitativa, o investigador parte do conhecimento teórico existente ou de resultados empíricos anteriores, pelo que a teoria antecede o objeto de investigação. A abordagem qualitativa auxilia ao utilizar conceitos, comportamentos, percepções e informações das pessoas, envolvendo a totalidade dos seres humanos, os quais atribuem significados às suas experiências e destas origina-se o seu contexto de vida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; ALMEIDA FILHO; ROQUAYROL, 2009).

A combinação de métodos quantitativos e qualitativos produz a triangulação metodológica, que segundo Flick (2009) propicia a inclusão de múltiplos métodos de coleção e análise de dados, cujo objetivo principal será à convergência dos resultados de investigação. O estudo avaliou a relação entre a utilização de uma intervenção educativa, e, o conhecimento e a intenção de comportamentos preventivos frente às DST/HIV/AIDS no mesmo grupo de adolescentes escolares participantes da pesquisa. Logo, a triangulação de métodos contribuiu para aumentar o conhecimento sobre a temática, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada.

O desenho proposto para o estudo foi o longitudinal, uma vez que foram coletadas as informações dos mesmos participantes do estudo ao longo de um período de tempo, para permitir avaliar o impacto da intervenção educativa com os adolescentes em termos de aprendizagem e implementação das informações em relação às práticas saudáveis tendo em vista a vulnerabilidade dos adolescentes às DST/HIV/AIDS.

Conforme enfatizam Almeida Filho e Roquayrol (2009), no desenho de estudo longitudinal os pesquisadores estão interessados na trajetória de vida dos indivíduos incluídos na amostra, o que permite uma compreensão mais profunda sobre as relações entre as variáveis observadas. Os dados foram coletados em dois momentos, no ponto inicial da exposição (o encontrado) e em um momento posterior (após a intervenção).

Para o delineamento do estudo utilizou-se o quase experimental, que envolve a coleta de dados durante um período de tempo e a introdução do tratamento/intervenção durante este período, e, posterior avaliação. Já no estudo de intervenção o pesquisador estuda os efeitos de uma intervenção específica e reúne informações após a aplicação da mesma (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; CESWELL, 2007; ALMEIDA FILHO E ROQUAYROL, 2009).

4.2 Referencial norteador metodológico

Como referencial norteador para a metodologia utilizou-se a abordagem *Community-Based Participatory Research* – CBPR (Pesquisa participativa baseada na comunidade), que é uma proposta de abordagem colaborativa com a investigação, envolvendo de forma igual todos os parceiros no processo de investigação e reconhecendo as únicas forças que cada um traz consigo, onde a investigação tem início por um tópico de extrema importância para todos, cujo objetivo é unir conhecimento e ação para atingir uma mudança social (HARTWIG; CALLESON; WILLIAMS, 2005; WALLERSTEIN; DURAN, 2006; FARIDI *et al.*, 2007).

A CBPR envolve: a) coaprendizagem e transferência recíproca de competência, por todos os parceiros da investigação, destacando-se as questões que podem ser estudadas com métodos CBPR; b) poder compartilhado para a tomada de decisões; c) direitos iguais nos processos e produtos do projeto em estudo.

Na presente pesquisa a CBPR foi utilizada na elaboração da intervenção educativa sobre DST/HIV/AIDS com os adolescentes da escola do estudo. A finalidade em utilizar a CBPR foi para a obtenção de indicadores de avaliação positivos ao final do estudo, como: cobertura de adolescentes com acesso a informações sobre DST/HIV/AIDS, participando assiduamente da intervenção educativa promovida na escola; relatos/opiniões dos adolescentes sobre a intervenção educativa; participação ativa dos parceiros envolvidos no planejamento e execução da intervenção na escola; protagonismo dos adolescentes escolares na divulgação e participação da intervenção na escola.

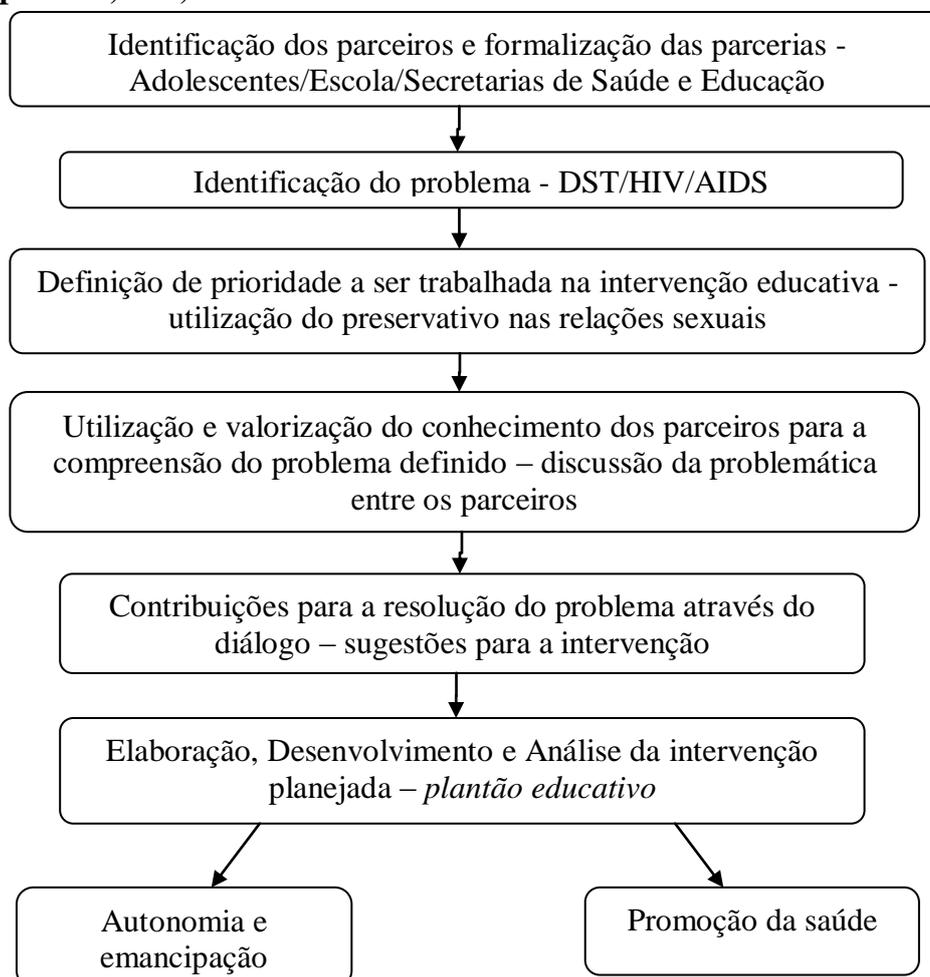
A essência dessa nova abordagem para investigação em Saúde Pública é uma colaboração entre pesquisadores e membros da comunidade, onde a competência, igual para cada um, é investigar, identificar e estudar os problemas de saúde importantes para aquela comunidade (WALLERSTEIN; DURAN, 2006). Para o desenvolvimento da

intervenção educativa a CBPR foi imprescindível, uma vez que colaborou no planejamento, engajamento dos adolescentes no processo e no produto da investigação, e, na utilização do conhecimento dos parceiros na compreensão da problemática DST/HIV/AIDS.

Dentre os princípios norteadores da CBPR destacam-se oito princípios - chave de contribuição, que incluem: 1. Reconhecimento da comunidade como uma unidade de identidade; 2. Apoiar-se nas forças e nos recursos da comunidade; 3. Facilitar as parcerias colaborativas em todas as fases da investigação; 4. Agregar o conhecimento e ação para benefício mútuo de todos os parceiros; 5. Promover a co-aprendizagem e a habilitação no processo que atenda às desigualdades sociais; 6. Envolver um processo periódico e interativo; 7. Pensar a saúde a partir de perspectivas positivas e ecológicas; 8. Divulgação dos resultados e conhecimentos adquiridos a todos os parceiros (HARTWIG; CALLESON; WILLIAMS, 2005; WALLERSTEIN; DURAN, 2006).

Com base nos princípios da CBPR supracitados, o estudo foi planejado, vide organograma abaixo (Gráfico 1):

Gráfico 1 – Planejamento da CBPR – Grupo de Parceiros em uma Escola Pública de Imperatriz, MA, 2012.



4.3 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2012 a junho de 2013 em uma escola pública da rede estadual do município de Imperatriz – MA. A escolha se deu de forma intencional, por conter o maior número de alunos em relação à proporção de representatividade no universo amostral.

O município de Imperatriz fica localizado na região sudoeste do Estado do Maranhão, sendo o segundo mais populoso do Estado. Assim como em outros municípios, a rede de ensino em Imperatriz é composta de escolas municipais, estaduais e particulares. A rede pública estadual possui 20 mil alunos matriculados, divididos em 20 escolas, sendo sete mil do ensino fundamental e 13 mil do ensino médio.

Segundo informações da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC) do Estado do Maranhão, existe uma parceria na escola entre a SEDUC e a Polícia Militar do Maranhão (PMMA), designando à primeira, as atribuições no que se refere ao tipo de metodologia de ensino, e à segunda, o gerenciamento da escola, pautada na disciplina militar. A partir desta parceria tem-se o Colégio Militar Tiradentes (CMT) II *lócus* do estudo, que vem alcançando resultados expressivos em relação à melhoria dos índices educacionais, refletindo-se como modelo de educação pública em todo o Estado.

A escola dá ênfase à questão da formação cidadã, há disciplinas que primam pela ética, pelos bons princípios da moral e do civismo, prioriza além das atividades educacionais regimentais e militares, atividades culturais e esportivas, e, demonstra-se simpatizante à realização de atividades que visem à saúde dos escolares. Constatação disto é a boa receptividade dos gestores e alunos da escola durante a elaboração e realização de atividades educativas desenvolvidas pela disciplina Saúde do Adolescente por acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – Campus Imperatriz, o que favoreceu para a aceitação, receptividade e colaboração à realização deste estudo.

A escola rege-se pela disciplina fundamentada no autoconhecimento, na conscientização, na expansão dos próprios limites como fator de crescimento pessoal, valorização dos princípios éticos, do bem-estar físico e mental, com ênfase no condicionamento físico e nas práticas desportivas. Embora a escola prime por todos os princípios citados, são frequentes os relatos de professores, pais, e, principalmente, de adolescentes oriundos da escola sobre a iniciação sexual precoce de adolescentes, que

podem refletir em consequências muitas vezes irreversíveis à sua saúde, como, as infecções por DST/HIV e a gravidez precoce.

4.4 População e amostra

A população alvo do estudo foi constituída por adolescentes, de ambos os sexos, do CMT II do município de Imperatriz-MA. Após consulta à SEDUC – Maranhão constatou-se que a escola possui o quantitativo de 1.200 alunos matriculados, destes 500 são do ensino médio, interesse do estudo.

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: estar devidamente matriculado na instituição; estar na faixa etária da classificação intermediária da adolescência, entre 15 a 17 anos (OMS, 1965) em virtude de ser elevada a incidência de infecção por DST/HIV nestas idades (BRASIL, 2011; TOLEDO *et al.* 2011); estar frequentando a escola durante o período pré-estabelecido para a coleta de dados. Foram excluídos do estudo os adolescentes que apresentarem qualquer impedimento à aplicação do questionário como, deficiência visual e auditiva; diagnóstico médico de alguma deficiência cognitiva e/ou de leitura e ou de escrita; não participar de todas as fases do estudo.

A técnica de amostragem adotada foi aleatória simples sem reposição e, teve por objetivo estimar a proporção de adolescentes matriculados com conhecimento sobre DST/HIV/AIDS. Adotou-se como desconhecida a prevalência do conhecimento de DST/HIV/AIDS entre os adolescentes ($p=0,50$), admitiu-se um erro amostral de 4,5% ($d=0,045$), um nível de confiança de 95%, tomou-se como denominador o total de alunos matriculados entre 15 e 17 anos no ensino médio ($N=500$) (estimado com base no quantitativo de alunos do ensino médio matriculados em 2013) (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO MARANHÃO, 2013). O n encontrado foi de $243 \approx 250$, alocou-se proporcionalmente ao número de alunos matriculados por sexo. Ao valor encontrado, acrescentou-se 20% para perdas eventuais ($n=50$). Ressalta-se que, durante a coleta de dados não ocorreram perdas nem recusas, não se fez necessário utilizar uma amostra de substituição.

4.5 Instrumento de coleta dos dados

Para a obtenção dos dados foi utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado com base na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 68 anos - PCAP 2008.

A PCAP 2008 é um inquérito realizado com a população brasileira maior de 15 anos, cuja finalidade é monitorar os indicadores de conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à infecção pelo HIV, de extrema importância para o monitoramento da epidemia e para o controle das DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2011).

O instrumento da pesquisa contém questões fechadas, de múltipla escolha e está dividido em quatro partes (dados sociodemográficos e econômicos, conhecimentos sobre sexualidade e DST/HIV/AIDS, comportamento sexual, e, atitudes e práticas sobre DST/HIV), que foram obtidas na pré e pós intervenção (APÊNDICE F e APÊNDICE G).

O instrumento foi testado com adolescentes de escola diferente do estudo, mas que apresentavam características semelhantes aos participantes da pesquisa. O objetivo do teste piloto foi averiguar a eficácia da aplicabilidade do instrumento, e, possíveis ajustes na linguagem e estruturação. O teste piloto foi realizado com 50 adolescentes e as informações colhidas não foram computadas nesta pesquisa. Não houve modificações no instrumento, portanto, foi aplicado junto aos adolescentes elegíveis na instituição de escolha do estudo.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu na própria escola, para facilitar a adesão dos adolescentes escolares, nos seguintes períodos: janeiro/2013, março e abril/2013, e, em junho de 2013. Devido à reposição de aulas nas férias em virtude de uma greve de professores, a escola continuou o semestre até janeiro de 2013, o que facilitou a coleta de dados.

Antes de iniciar a coleta de dados foram adotados os seguintes procedimentos:

1. Esclarecimento sobre o estudo à direção e aos professores da escola, e aos responsáveis legais dos adolescentes, separadamente, para explicar os objetivos e a metodologia do estudo, definição dos dias e horários para a execução da coleta de dados, e, solicitar a identificação dos adolescentes que possuíam algum critério que os excluísse do estudo. Na oportunidade todos foram convidados a participar do estudo diretamente como parceiros na construção da intervenção educativa, oportunizando a discussão sobre a problemática e sugestões, corroborando ao 1º e 2º pressupostos da CBPR, que se constituiu na escuta ativa, observação, registro de falas, partilha da tomada de decisões;

2. Negociação com os diretores da escola do espaço escolar para o desenvolvimento da intervenção educativa. Foi cedida uma sala de aula que poderia manter a estrutura e organização intactas durante os 60 dias de implementação da intervenção. A sala sugerida aos parceiros do estudo para o desenvolvimento da educação em saúde apresentou-se ampla, bem iluminada e ventilada, de fácil acesso e localização a todos os adolescentes participantes do estudo. Após esta apresentação optou-se pela sala sugerida, e, na mesma oportunidade foram definidas as reuniões entre os adolescentes multiplicadores, diretores e a pesquisadora para a estruturação e organização da intervenção;

3. Visita à Secretaria Municipal de Saúde do município de Imperatriz – MA, no setor do Projeto ‘Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)’, onde foram informados sobre a realização do estudo e convidados à parceria para a execução. A coordenação do SPE relatou imensa alegria com a proposta do estudo e se prontificou a apoiar no que fosse necessário; fez sugestões em relação à logística do espaço destinado à intervenção, e, forneceu materiais informativos (panfletos, folders, cartazes), materiais de papelaria (duas resmas de papel A4, oito pincéis atômicos de cores variadas, uma caixa de canetas, uma caixa de lápis com borrachas) e 600 preservativos masculinos 49 mm e 52 mm.

4. Determinação dos participantes elegíveis à pesquisa, alunos do 1º (A, B, C, D) e 2º (A, B, C) anos do ensino médio, de acordo com os critérios de inclusão e o tamanho da amostra. Os adolescentes selecionados foram convidados formalmente pela pesquisadora, pelos professores e adolescentes multiplicadores a participar do estudo. Na ocasião foi agendado o dia, horário e local para a aplicação do questionário pré teste.

A coleta dos dados foi constituída pelas seguintes etapas:

Na **primeira** etapa foi aplicado um pré-teste junto aos adolescentes elegíveis, para identificar o conhecimento sobre DST/HIV/AIDS, os comportamentos e as atitudes frente às práticas sexuais antes da participação na intervenção educativa, para permitir comparar com as respostas obtidas no pós teste ao término da intervenção.

Antes de aplicar o pré teste foram recolhidos os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinados pelos responsáveis dos adolescentes. A pesquisadora não participou na aplicação do pré teste, a fim de evitar a manipulação dos dados.

O questionário pré teste foi auto-aplicado aos adolescentes, conduzido por cinco adolescentes multiplicadores, devidamente treinados para a coleta dos dados, oriundos da escola do estudo e colaboradores do SPE e do presente estudo. A coleta ocorreu em

dia e horário estipulado pela direção da escola, no auditório, para 250 adolescentes elegíveis, tendo a duração de 39 minutos. Os multiplicadores informaram sobre a necessidade do preenchimento total do questionário, da importância de fornecer informações verídicas e ratificaram sobre o sigilo das informações, não havendo necessidade de identificação do adolescente.

O pré teste foi respondido de forma escrita, a fim de evitar constrangimentos o que poderia inibir o adolescente a participar do estudo.

A **segunda** etapa foi constituída pela intervenção que aconteceu após a aplicação do pré teste e durou dois meses, em um espaço designado e preparado para educar em saúde, individualmente, os adolescentes, acerca de dúvidas, anseios sobre DST/HIV/AIDS, através de *plantão educativo*.

Os adolescentes foram informados quanto à necessidade de agendamento para o plantão no contra turno das aulas, a fim de facilitar o controle da sua assiduidade e para não prejudicar as atividades escolares. Para o agendamento os adolescentes forneceram dados para contato, tais como, número de telefone, email e nome na rede social Facebook®. Cerca de três dias antes do agendamento no plantão, o adolescente era contactado para definir qual o melhor dia e horário para a sua participação no plantão. O contato inicial dava-se inicialmente pelo Facebook®, e, quando sem êxito, por telefone.

Cada adolescente participou de pelo menos dois encontros no *plantão educativo*. No primeiro encontro discutiram-se as dúvidas do adolescente referentes à sua procura pelo plantão. O segundo encontro foi destinado para trabalhar os aspectos relacionados aos objetivos do estudo, com ênfase nos resultados obtidos pelo pré teste. O intervalo entre os dois encontros no plantão foi de um mês.

A **terceira** etapa foi constituída pela aplicação do pós teste, após o término da intervenção educativa, cuja finalidade foi avaliar a apropriação dos conhecimentos discutidos durante a intervenção e a prontidão para a conscientização e mudança de comportamento frente às DST/HIV/AIDS (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983). Trinta dias após o término da intervenção educativa com os adolescentes, estes foram novamente convidados para responder ao pós teste. Na oportunidade foi verificado se ainda persistia alguma dúvida, anseio ou questionamento quanto à temática de estudo (SILVA *et al*, 2009).

Os dados qualitativos foram obtidos através dos registros expressos por falas/depoimentos dos adolescentes e dos parceiros envolvidos, durante o processo de

planejamento, execução e avaliação do *plantão educativo*, os quais são destacados como forma de resultados no estudo.

4.7 Intervenção: o *plantão educativo*

A intervenção constituiu-se no *plantão educativo* individual, que foi planejado e elaborado junto aos parceiros do estudo e incluiu: o grupo de adolescentes multiplicadores, a pesquisadora, os diretores, as pedagogas da escola, os professores e o núcleo gestor do SPE do município do estudo. A seleção do conteúdo a ser incluído na intervenção foi definida após ampla revisão bibliográfica sobre a temática e através das sugestões dos parceiros sobre qual a prioridade dentre os temas do estudo. De acordo com os parceiros do estudo, o tema prioritário sugerido para o plantão foi a abordagem sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, com foco na adesão do adolescente na sua utilização.

Foram realizadas 10 reuniões para a construção do *plantão educativo*. As reuniões ocorreram no auditório da própria escola, sempre 40 minutos antes do início das aulas do grupo de adolescentes multiplicadores, no período vespertino. As reuniões contaram com a participação de cinco adolescentes, de ambos os sexos, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino, na faixa etária entre 14 e 16 anos, os quais se responsabilizaram pelo registro das informações e definições. Além dos adolescentes, os colaboradores do SPE e diretores da escola também participaram das reuniões para planejamento, implementação e avaliação do *plantão educativo*.

Para a definição do nome da sala do *plantão educativo* todos os parceiros puderam opinar, tendo em vista a utilização dos princípios da CBPR, e, a preocupação comum de todos, de que o nome poderia aproximar ou afastar o adolescente, caso ficasse subentendido que o mesmo ao adentrar a sala do plantão já possuía vida sexualmente ativa. Assim, foram sugeridos os seguintes nomes: “Plantão educativo”, “Espaço da Saúde – Colégio Militar”, “Saúde e Prevenção”, “Plantão da Prevenção – Colégio Militar”, “Espaço da sexualidade”, “Saúde e Prevenção na Escola”. Seguiu-se à votação e o nome eleito para a identificação da sala do *plantão educativo* foi “Plantão da Prevenção – Colégio Militar”. Na ocasião uma das adolescentes multiplicadoras comprometeu-se a providenciar ‘a arte’ para o nome escolhido.

A organização da sala destinada ao *plantão educativo* foi preparada pelo grupo de adolescentes multiplicadores e pela pesquisadora responsável. Seguindo o

pressuposto de Souza (2007), é necessário deixar que os adolescentes adotem outras formas de organização e de expressão, que construam espaços de sociabilidade espontânea, como nas escolas, por exemplo.

Para facilitar a discussão sobre a organização do espaço, a pesquisadora norteou o grupo através da seguinte questão: “O que torna um ambiente acolhedor e atraente para um adolescente, para trabalhar a educação em saúde?” A partir do questionamento seguiu-se à escuta ativa e os adolescentes sugeriram que o ambiente se apresentasse de modo informal, diferente da idéia de um consultório, sem a presença de mesa e cadeiras, o que poderia gerar tensão ou recusa na participação dos adolescentes.

Nesta perspectiva, a sala do *plantão educativo* foi desenhada pensando-a confortável, acolhedora e atrativa. Na sua composição, foram usados tapetes e almofadas como apoio para a discussão individual, das dúvidas dos adolescentes, e, entre os tapetes um grande coração com a frase ‘Vivendo a sexualidade com amor e proteção’, simbolizando a importância das relações afetivas para a saúde, e, para recordar ao adolescente que a sexualidade embora inerente do ser humano só deve ser exercida com afeto e responsabilidade, para garantir a manutenção da sua saúde (MOTA; ROCHA, 2008).

As almofadas foram cedidas pela própria escola. O uso de almofadas em detrimento à cadeira propiciou ao adolescente participante conforto e maior aproximação ao pesquisador, uma vez que o adolescente vivenciou uma forma de contato diferente ao clássico, entre profissional e usuário de saúde. Para a aquisição dos tapetes, a direção da escola resolveu solicitá-los às lojas comerciais do município, mostrando a importância do estudo, pioneiro na localidade, sendo, prontamente atendida após a solicitação. Seguindo a sugestão das pedagogas e do diretor, foram usados tapetes de material emborrachado e de cores variadas, o que facilitou a limpeza diária e chamou a atenção dos adolescentes diante da diversidade de cores.

Um mural informativo foi construído composto por panfletos, folders e frases de impacto, relacionados às DST/HIV/AIDS, ao uso dos preservativos masculino e feminino, ao conhecimento dos órgãos genitais masculino e feminino, à importância do teste anti-HIV e da identificação dos sintomas de DST. Também se elaborou um balcão para a distribuição de folders sobre a temática, e, de preservativos masculinos. Sobre o balcão, estavam dispostos os modelos anatômicos do pênis e da vulva para a demonstração da colocação dos preservativos pelos adolescentes durante o *plantão*

educativo. Saliente-se que, toda a organização da sala do plantão na escola foi realizada pelo grupo de adolescentes multiplicadores.

Foi disponibilizado ainda aos adolescentes que procuraram o *plantão educativo*, sempre que necessário, a realização de algumas tecnologias e mídias educativas, propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), para a prevenção de DST/HIV/AIDS, a saber:

Oficina 1 ‘A árvore do prazer’ - objetivo: para cada prazer listado na copa da árvore pelos adolescentes, eles teriam que encontrar riscos associados e formas de prevenir os problemas, sendo priorizada a discussão sobre a sexualidade.

Oficina 2 ‘Assim pega, assim não pega’ – objetivo: o adolescente decide entre imagens variadas o que transmite e o que não transmite DST/HIV/AIDS e fixa estas imagens construindo um grande cartaz informativo sobre a transmissão de DST/HIV/AIDS, privilegiando-se assim, a fixação do conhecimento.

Oficina 3 ‘Tá quente... Tá frio...’ – objetivo: mostrar ao adolescente que a utilização do preservativo não interfere na sensibilidade durante a relação sexual. O adolescente é convidado a colocar tanto o preservativo feminino quanto o preservativo masculino em uma das mãos e verificar que não há diferença na sensibilidade tátil ou térmica ao entrar em contato com líquido frio e quente.

Vídeo 1 (30 segundos) ‘Diário: o dia de um estudante e um recado: fazer da camisinha uma rotina’ – objetivos: abordar as atividades cotidianas dos adolescentes, discutir responsabilidades e compromissos, questionar como o comportamento sexual seguro pode fazer parte dessa rotina.

Vídeo 2 (um minuto) ‘Augusta: em um único lugar, várias pessoas diferentes e para todos o comportamento mais seguro: usar a camisinha’ – objetivos: discutir a diversidade de gênero e de orientação sexual, debater estereótipos e a influência que um grupo pode ter no comportamento do indivíduo, diferenciar comportamento de risco de grupo de risco.

Vídeo 3 (um minuto) ‘Goteira: uma goteira para falar sobre as DST e o jeito de evitá-las; usar camisinha’ – objetivos: falar sobre as DST e as formas de proteção, falar dos sintomas: prurido, ardor e odor fétido; explicar que DST são porta de entrada para o HIV, explicar como o uso do preservativo pode ser efetivo para uma vida sexual saudável.

Vídeo 4 (30 segundos) ‘Rappers: depoimentos de artistas famosos estimulando o uso da camisinha’ – objetivos: discutir o que faz uma pessoa deixar de usar o

preservativo, como a pessoa que já tem vida sexual é vista pelo grupo, se há diferença em quem usa preservativo e quem não usa, refletir sobre as preocupações que afligem quem deixa de usar o preservativo.

Vídeo 5 (30 segundos) ‘Vida útil: da embalagem à lixeira, a animação mostra como usar o preservativo’ – objetivos: explicar o uso do preservativo, falar sobre o prazo de validade e características, esclarecer dúvidas.

O plantão teve a duração de dois meses, executado nos meses de março e abril, cuja frequência de realização dos encontros na primeira quinzena do mês de março foi de duas vezes semanalmente, e, a partir da segunda quinzena de março até o final de abril o plantão foi realizado diariamente, das 08:00h – 12:00h e das 14:00h às 18:00h, sendo o tempo de permanência de cada adolescente participante, entre 30 a 40 minutos.

Segundo Kovacs *et al.* (2001) o *plantão educativo* é uma forma de se ter uma visão mais ampla do escopo das necessidades dos jovens, favorecendo a possibilidade de escuta e esclarecimento da demanda e a possibilidade de contato e expressão individual dos sentimentos presentes de quem o procura. A escola apresenta-se como um excelente espaço para as atividades do *plantão educativo*, uma vez ser um local onde os alunos passam grande parte do seu tempo, sendo oportuno disponibilizar orientações por profissional de saúde integrado à escola.

Ao procurar o *plantão educativo* em saúde o adolescente ao mesmo tempo em que discutiu as suas dúvidas teve a oportunidade de refletir e discutir também com outros adolescentes, as possibilidades de prontidão para a adoção de práticas sexuais seguras frente às DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2006; IPPOLITO-SHEPHEERD, 2006). Durante o *plantão educativo* também foram gravados, com a autorização do adolescente, relatos/depoimentos que expressaram as suas dúvidas, angústias, motivação, possibilidades e dificuldades de adesão a comportamentos de saúde relacionados à prevenção das DST/HIV/AIDS.

4.8 Descrição das variáveis

As variáveis abordadas neste estudo foram agrupadas em sociodemográficas e econômica, de conhecimento e comportamentos, relacionadas às DST/HIV/AIDS.

a. Sociodemográficas e econômica

Idade: foi computada em anos completos.

Cor: considerou-se a cor da pele autoreferida: preta, branca, amarela, indígena ou parda.

Renda familiar: neste item observou-se o somatório do valor total dos vencimentos mensais dos integrantes da família do pesquisado em salários mínimos.

Situação conjugal: na avaliação das respostas dos adolescentes foram levadas em consideração as seguintes opções: casado/união estável; solteiro com parceiro fixo; solteiro sem parceiro fixo; viúvo; separado; divorciado.

Escolaridade: considerou-se o grau de instrução do chefe da família, a saber: Analfabeto/Primário incompleto; Primário completo/Ensino Fundamental incompleto; E. Fundamental completo /Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo/Superior incompleto; Superior completo.

Sexo: consideraram-se as opções: masculino ou feminino.

Religião/Doutrina: neste quesito foi levantada a religião ou a doutrina praticada dos adolescentes: católica; protestante; espírita; candomblé.

b. De conhecimentos

Informação: quanto às informações obtidas sobre sexualidade, DST/HIV/AIDS, os adolescentes elencaram o acesso, o conteúdo e sobre a confiança nas principais fontes na escola e fora dela.

Serviços de saúde: os adolescentes responderam quanto à indicação, ao acesso e uso dos serviços de saúde.

Formas de transmissão: neste item os adolescentes responderam sobre as formas de transmissão de DST/HIV/AIDS

c. De comportamentos

Relação sexual: na avaliação das respostas sobre relação sexual, levantou-se, a saber: primeira e última relação sexual; número de parceiros sexuais; uso de métodos contraceptivos na primeira e última relação sexual; uso de preservativos na relação sexual; parceiro da primeira e última relação sexual;

Preservativo: os adolescentes foram caracterizados quanto ao uso ou desuso do preservativo nas relações sexuais; acesso aos preservativos na escola e nos serviços de saúde.

Atitudes: foram computadas as atitudes dos adolescentes em relação às possibilidades de adquirir DST/HIV/AIDS; realização do teste anti-HIV; atitude diante de portadores do HIV; condutas caso fossem portadores do HIV.

4.9 Análise dos dados

Os dados após a coleta foram digitados no Microsoft Access 2002 e, após a digitação, foram exportados para o software estatístico STATA versão 8.0 para tratamento e geração dos resultados.

Realizou-se inicialmente um estudo descritivo-exploratório por sexo das características sociodemográficas, do conhecimento dos adolescentes quanto ao acesso e uso dos postos de saúde, das principais fontes de informação utilizadas pelos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS. A segunda etapa da análise consistiu na avaliação do conhecimento dos estudantes antes e depois do *plantão educativo* sobre DST/HIV/AIDS; buscou-se conhecer comportamentos e atitudes dos adolescentes quanto às práticas sexuais seguras antes e após a intervenção educativa.

Foram utilizadas medidas descritivas (médias, desvio padrão) para as variáveis contínuas e, distribuição de frequências, uni e bivariadas, para as variáveis categóricas nominais e ordinais. As análises bivariadas foram aplicadas com o objetivo de verificar diferenças proporcionais entre os grupos por sexo antes e após a intervenção mediante uso dos Testes Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fischer. Para verificar tendências proporcionais entre as variáveis do tipo ordinal foi aplicado o Teste Qui-quadrado de Tendência Linear. Considerou-se o nível de confiança de 95% ($\alpha \leq 0,05$).

Para a análise qualitativa optou-se pela análise do discurso, uma vez que trabalha com o sentido e não apenas com o conteúdo do texto, uma definição que não é traduzida, mas sentida (CAREGNATO, MUTTI, 2006). A análise do discurso tem um compromisso analítico com o estudo do discurso, onde a linguagem é a materialidade do texto como o meio para a interação, gerando pistas do sentido que o sujeito pretende dar (POTTER, 2004). Os participantes tiveram as suas identidades preservadas, cujas falas foram representadas pela seguinte codificação: AM – adolescente masculino, AF – adolescente feminino, P – professor; seguida do número de ordem na descrição dos resultados.

4.10 Aspectos éticos

Em observância à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado mediante parecer nº 191.522 (ANEXO A).

Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, e somente foram incluídos após concordarem em participar de forma voluntária e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e o Termo de Assentimento (APÊNDICE E), em que constaram as informações detalhadas sobre o estudo, a garantia do anonimato e do respeito aos princípios de autonomia, beneficência e não maleficência aos participantes.

5. RESULTADOS

Nessa sessão são apresentados os resultados do estudo com a população de adolescentes escolares participantes da intervenção educativa. Inicia-se com a caracterização sociodemográfica e econômica, uso e acesso aos serviços de saúde, experiências sexuais e reprodutivas, conhecimento, comportamentos e as atitudes em relação às DST/HIV/AIDS. A seguir, os dados referentes ao desenvolvimento e à avaliação do *plantão educativo* descrevem como os adolescentes perceberam a sua participação nessas atividades na escola bem como sua compreensão dos efeitos dessa intervenção na mesma.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo 250 adolescentes, com idade variando entre 15 e 17 anos e média de 15,5 anos (desvio padrão = 0,6 meses), o sexo feminino foi predominante (52,4%). A maior proporção dos adolescentes auto declarou-se de cor parda (56,8%), 75,6% dos entrevistados referiram estar solteiro (a), sem parceiro(a) fixo. No que se refere à religião, 51,2% eram católicos e 34,4% evangélicos. Ao investigar a escolaridade do chefe do domicílio e o rendimento familiar, encontrou-se que, 31,2% possuíam o ensino médio completo/superior incompleto e 24,8% superior completo, entretanto 15,6% dos chefes possuíam baixos níveis de escolaridade, e predomínio de famílias com rendimento entre um até três salários mínimos (46%) (Tabela 1).

A comparação entre os grupos revela distribuição etária proporcionalmente semelhante por sexo (p -valor= 0,242), houve predomínio de adolescentes com 15 anos e a cor parda predominou para ambos os sexos. Quanto à situação conjugal, a maior frequência foi de solteiras, sem parceiro (a) fixo para 79,4% das meninas. No que se refere à religião, observou-se distribuição proporcionalmente equitativa por sexo (Tabela 1).

Foram verificadas tendências de aumento proporcional estatisticamente significativa entre o sexo do entrevistado e a escolaridade do chefe do domicílio (p -valor= 0,00) bem como para o rendimento familiar (p -valor=0,02). Estas diferenças sinalizam que entre as adolescentes do sexo feminino, a escolaridade e o rendimento familiar foram inferiores quando comparado aos adolescentes do sexo masculino. Entre as meninas, houve o predomínio de famílias com rendimento entre um a três salários mínimos (49,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e econômica dos adolescentes escolares entrevistados por sexo (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Características Sociodemográficas	Total n (%)	Masculino (n=119) n (%)	Feminino (n=131) n (%)	p-valor
Grupo etário (em anos)*				
≤ 15	173 (69,2)	80 (67,2)	93 (71,0)	0,242 ^a
16	64 (25,6)	35 (29,4)	29 (22,1)	
17	13 (5,2)	4 (3,4)	9 (6,9)	
Cor				
Branca	70 (28,0)	30 (25,2)	40 (30,5)	
Preta	27 (10,8)	14 (11,8)	13 (10,0)	
Parda	142 (56,8)	69 (58,0)	73 (55,7)	
Outras	8 (3,2)	5 (4,2)	3 (2,3)	
Não respondeu	3 (1,2)	1 (0,8)	2 (1,5)	
Situação conjugal				
Casada (o)/União estável	6 (2,4)	5 (4,2)	1 (0,7)	
Solteira (o), com parceiro (a) fixo	51 (20,4)	26 (21,9)	25 (19,1)	
Solteira (o), sem parceiro (a) fixo	189 (75,6)	85 (71,4)	104 (79,4)	
Separada (o)/Divorciada (o)	4 (1,6)	3 (2,5)	1 (0,8)	
Religião				
Católica	128 (51,2)	64 (53,8)	64 (48,8)	
Protestante	86 (34,4)	33 (27,7)	53 (40,5)	
Nenhuma	26 (10,4)	15 (12,6)	11 (8,4)	
Outras	10 (4,0)	7 (5,9)	3 (2,3)	
Escolaridade do chefe do domicílio				
Analfabeto/Primário incompleto	7 (2,8)	2 (1,7)	5 (3,8)	0,00 ^b
Primário completo/Fundamental Incompleto	32 (12,8)	9 (7,6)	23 (17,6)	
Fundamental completo/Ensino Médio incompleto	71 (28,4)	27 (22,7)	44 (33,6)	
Ensino Médio completo/Superior incompleto	78 (31,2)	46 (38,7)	32 (24,4)	
Superior complete	62 (24,8)	35 (29,4)	27 (20,6)	
Renda familiar (em salários mínimos)**				
≤ 1 SM	38 (15,2)	15 (12,6)	23 (17,6)	0,02 ^b
Superior a 1 até 3 SM	115 (46,0)	50 (42,0)	65 (49,6)	
Superior a 3 até 4 SM	37 (14,8)	18 (15,1)	19 (14,5)	
≥ 5 SM	30 (12,0)	17 (14,3)	13 (9,9)	
Sem informação	30 (12,0)	19 (16,0)	11 (8,4)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: *Média idade=15,5anos; dp=0,6 meses; **Salário Mínimo (SM) da época da pesquisa R\$ 678,00;

^aTeste Exato de Fischer; ^bTeste Qui-quadrado de tendência linear.

A **Tabela 2** apresenta a caracterização do acesso e uso de posto de saúde indicado pela escola.

Observou-se que a maior proporção dos alunos referiu a não indicação de posto de saúde pela escola (79,6%). Dentre os que referiram a indicação verificou-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo (p -valor=0,004), em que o sexo feminino referiu mais frequentemente indicação de posto de saúde pela escola.

Embora a maioria dos adolescentes entrevistados tenha referido não indicação de posto de saúde pela escola, foi possível verificar que 50,8% referiram já ter estado em algum posto de saúde em outros momentos. O sexo feminino foi predominante com relação ao acesso (58%). Houve diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo e o acesso a serviços de saúde (p -valor = 0,022).

Quanto ao tipo de atendimento no posto de saúde procurado pelos adolescentes, 72,4% responderam utilizá-lo para outro tipo de atendimento não relacionado à sexualidade, gravidez ou DST/HIV/AIDS. Apenas 15,8% dos adolescentes procuram atendimento no posto de saúde para atividades educativas.

Quando questionados sobre a importância de ter um profissional de saúde na escola, 98,4% dos adolescentes responderam ser importante. Não foram verificadas diferenças proporcionais quanto ao sexo (p -valor = 1,000).

Entre os adolescentes entrevistados, 91,6% responderam não conhecer o site do Programa Nacional de DST e AIDS (www.aids.gov.br). O padrão de respostas desse desconhecimento foi proporcionalmente semelhante entre os grupos quanto ao sexo (p -valor=0,906).

Tabela 2. Distribuição das características do acesso e uso de postos de saúde por adolescentes, em relação às práticas sexuais seguras, por sexo antes da intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Total n (%)	Masculino (n=119) n (%)	Feminino (n=131) n (%)	p-valor^a
Indicação de posto de saúde pela escola				
Sim	51 (20,4)	15 (12,6)	36 (27,5)	0,004
Não	199 (79,6)	104 (87,4)	95 (72,5)	
Frequentou posto de saúde				
Sim	127 (50,8)	51 (42,9)	76 (58,0)	0,022
Não	123 (49,2)	68 (57,1)	55 (42,0)	
Motivo do atendimento no posto (n=127)				
Atividades educativas (palestras, vídeos, oficinas, etc.)	20 (15,8)	6 (11,8)	14 (18,4)	
Tratamento de DST	4 (3,2)	2 (3,9)	2 (2,6)	
Informações sobre como evitar gravidez	7 (5,5)	3 (5,9)	4 (5,3)	
Recebimento de métodos para evitar a gravidez	2 (1,6)	2 (3,9)	0 (0,0)	
Teste de gravidez	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Consulta pré-natal ou pós-parto	1 (0,8)	1 (2,0)	0 (0,0)	
Outro tipo de atendimento não relacionado com sexualidade, gravidez ou DST/AIDS.	37 (72,4)	55 (72,6)	92 (72,4)	
Considera importante um profissional de saúde na escola? (n=248)				
Sim	246 (98,4)	117 (98,3)	129 (98,5)	1,000
Não	2 (1,6)	2 (1,7)	4 (1,5)	
Conhece o site do Programa Nacional de DST e Aids (www.aids.gov.br)?				
Sim	20 (8,0)	9 (7,6)	11 (8,4)	0,906
Não	229 (91,6)	110 (92,4)	119 (90,8)	
Não tem acesso a Internet	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,8)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer.

A **Tabela 3** apresenta a caracterização do acesso ao conhecimento dos adolescentes em relação às práticas sexuais seguras.

Quanto à fonte diária de informações fora da escola sobre sexualidade e prevenção de DST/HIV/AIDS, 54% dos entrevistados relataram ser através de rádio, televisão, jornal; saliente-se que, os grupos mostraram-se homogêneos com relação a essa fonte de informação (p-valor = 0,254). Entre os adolescentes, 42% referiu ser a mãe e 35,6% os amigos as principais fontes de informação fora da escola. Em ambas as categorias, as diferenças proporcionais por sexo foram estatisticamente significantes (p-valor \leq 0,05). Apenas 25,2% dos adolescentes referiram profissionais de saúde como fonte para informações fora da escola no dia a dia (p-valor = 0,189).

Na escola, a principal fonte de informações sobre sexualidade e prevenção de DST/HIV/AIDS ocorreu durante as aulas para 50,8% dos adolescentes, não foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre esta variável e o sexo do entrevistado (p-valor=0,076). Dentre os entrevistados, 40% referiu obter informações também durante eventos na escola (p-valor=0,368), e, 32,4% em palestras com profissionais de saúde (p-valor=0,044).

Importante ressaltar que esta questão, possibilitou múltiplas respostas por parte dos entrevistados quanto à fonte de informação sobre sexualidade e prevenção de DST/HIV/AIDS, dentro e fora da escola. Os percentuais apresentados na Tabela 3 referem-se apenas a categoria que o adolescente respondeu de modo afirmativo.

Sobre as principais fontes de informação que os adolescentes entrevistados mais acreditam, tem-se, a conversa com familiares ou amigos (30%), rádio, jornal e televisão (23,2%) e, os serviços de saúde (18%).

Em relação aos principais assuntos discutidos na escola, 70% mencionaram sexualidade, 54,4% como evitar DST/HIV/AIDS, 48,8% como evitar gravidez e 44,4% conhecimento sobre o corpo. Verificaram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes por sexo quanto aos temas DST/HIV/AIDS (p-valor=0,008) e Gravidez (p-valor=0,000).

Tabela 3. Distribuição das características relacionadas ao acesso e conhecimento de adolescentes, por sexo, antes da intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Total n (%)	Masculino (n=119) n (%)	Feminino (n=131) n (%)	p-valor ^a
Onde obtém informações no dia a dia, sobre sexualidade, prevenção de DST/HIV/AIDS*				
Fora da Escola (múltipla escolha)*				
Rádio, televisão, jornal	135 (54,0)	69 (58,0)	66 (50,4)	0,254
Mãe	105 (42,0)	41 (34,5)	64 (48,9)	0,029
Internet	98 (39,2)	51 (42,9)	47 (35,9)	0,300
Amigos	89 (35,6)	34 (28,6)	55 (42,0)	0,034
Revistas/ livros	89 (35,6)	43 (36,1)	46 (35,1)	0,895
Profissionais de saúde	63 (25,2)	25 (21,0)	38 (29,0)	0,189
Pai	56 (22,4)	31 (26,1)	25 (19,1)	0,225
Parceiro	10 (4,0)	2 (1,7)	8 (6,1)	0,106
Outras fontes de informações	4 (1,6)	2 (1,7)	2 (1,5)	1,000
Na Escola (múltipla escolha)*				
Durante as aulas	127 (50,8)	53 (44,5)	74 (56,5)	0,076
Eventos na escola	100 (40,0)	44 (37,0)	56 (42,8)	0,368
Palestra com profissionais de saúde	81 (32,4)	31 (26,1)	50 (38,2)	0,044
Conversando com colegas	49 (19,6)	16 (13,5)	33 (25,2)	0,025
Folder/panfleto	22 (8,8)	2 (1,7)	20 (15,3)	0,000
Vídeos	14 (5,6)	6 (5,0)	8 (6,1)	0,788
Individualmente com um professor	10 (4,0)	6 (5,0)	4 (3,1)	0,525
Fonte de informação que o adolescente mais acredita				
Em conversa com familiares ou amigos	75 (30,0)	3 (26,1)	44 (33,6)	
Rádio, jornal, televisão	58 (23,2)	29 (24,4)	29 (22,1)	
Nos serviços de saúde	45 (18,0)	24 (20,2)	21 (16,0)	
Na escola	32 (12,8)	16 (13,4)	16 (12,2)	
Folhetos ou panfletos	19 (7,6)	6 (5,0)	13 (10,0)	
Internet	10 (4,0)	5 (4,2)	5 (3,8)	
Na igreja	7 (2,8)	4 (3,4)	3 (2,3)	
Conversa com o namorado/companheiro	2 (0,8)	2 (1,7)	0 (0,0)	
Não respondeu	1 (0,4)	1 (0,8)	0 (0,0)	
Colegas de trabalho	1 (0,4)	1 (0,8)	0 (0,0)	
Assuntos discutidos na escola				
Sexualidade	175 (70,0)	82 (68,9)	93 (71,0)	0,783
Como evitar DST/HIV/AIDS	136 (54,4)	54 (45,4)	82 (62,6)	0,008
Como evitar gravidez	122 (48,8)	41 (34,5)	81 (61,8)	0,000
Conhecimento sobre o corpo	111 (44,4)	41 (34,5)	70 (53,4)	0,003
Drogas	86 (34,4)	36 (30,3)	50 (38,2)	0,230
Nenhum destes assuntos	5 (2,0)	4 (3,4)	1 (0,8)	0,195

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer; *Questão de múltipla resposta onde foram apresentadas somente a resposta afirmativa de cada item.

A **Tabela 4** apresenta os dados relacionados ao comportamento e experiências sexuais e reprodutivas dos adolescentes antes da intervenção educativa.

Nesse estudo, antes da intervenção, 58% dos adolescentes entrevistados informaram não ter tido a primeira relação sexual. Observaram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo (p -valor = 0,000). A média de idade da iniciação sexual foi de 13,7 anos ($dp=1,3$).

Dentre os adolescentes que se declararam sexualmente ativos, a idade da primeira relação sexual mais freqüente esteve entre 13 e 14 anos (47,6%), para 47,8% dos meninos e 47,1% das meninas (p -valor= 0,739).

O uso de contraceptivos na primeira relação sexual foi confirmado por 42,7% dos entrevistados, enquanto que 57,3% afirmaram não ter utilizado nenhum método contraceptivo (p -valor= 0,146), os meninos utilizaram mais frequentemente contraceptivos (47,8%) quando comparados às meninas (32,4%).

Com relação ao parceiro da última relação sexual, foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes por sexo (p -valor= 0, 013), 51,5% dos meninos relataram como parceiro da última relação sexual ficante/rolo, enquanto que, 60,6% das meninas referiram ser namorada (o)/noiva(o).

Quanto à prática de relações sexuais com parceiros casuais, 63,2% dos meninos e 50% das meninas entrevistados (as) revelou manter esta prática (p -valor=0,453). Foram estatisticamente significantes as diferenças proporcionais entre o uso de preservativo nas relações com parceiros casuais e o sexo dos entrevistados (p -valor = 0,020), 47,7% relataram não usar o preservativo, destes, ressaltou-se 68,0% entre as meninas e 39,0% entre os meninos.

Quanto à prática de relações sexuais com pessoas que conheceu pela internet, 94% dos entrevistados responderam não possuir tal prática (p -valor=0,100). Quanto aos motivos do não uso de contraceptivos com parceiros casuais/parceiros da internet, os adolescentes referiram mais frequentemente: não gosta, não fica bom (40%), não esperava ter relações sexuais (28%) e queria engravidar (12%).

Tabela 4. Distribuição das características relacionadas ao comportamento e às experiências sexuais e reprodutivas dos adolescentes por sexo antes da intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Continua ...

Característica	Total n (%)	Masculino (n=119) n (%)	Feminino (n=131) n (%)	p-valor^a
Iniciação sexual (1ª relação sexual)				
Sim	103 (41,2)	69 (58,0)	34 (26,0)	0,000
Não	145 (58,0)	50 (42,0)	95 (72,5)	
Não quis responder	2 (0,80)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Idade da 1ª relação sexual (em anos) [*] (n=103)				
≤12	23 (22,3)	14 (20,3)	9 (26,5)	0,739
13 a 14	49 (47,6)	33 (47,8)	16 (47,1)	
15 a 16	31 (30,1)	22 (31,9)	9 (26,5)	
Uso de contraceptivo na 1ª relação sexual (n=103)				
Sim	44 (42,7)	33 (47,8)	11 (32,4)	0,146
Não	59 (57,3)	36 (52,2)	23 (67,6)	
Parceiro da última relação sexual (n=99)				
Namorada (o)/noiva(o)	47 (47,5)	27 (40,9)	20 (60,6)	0,013
Ficante, rolo	43 (43,4)	34 (51,5)	9 (27,3)	
Parceira (o) casual	5 (5,1)	1 (1,5)	4 (12,1)	
Companheira (o)/marido	3 (3,0)	3 (4,6)	0 (0,0)	
Outro	1 (1,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	
Uso do preservativo na última relação sexual (n=103)				
Sim	41 (39,8)	28 (40,6)	13 (38,2)	0,953
Não	52 (50,5)	34 (49,3)	18 (53,0)	
Não lembra/Não respondeu	10 (9,7)	7 (10,1)	3 (8,8)	
Prática de relações sexuais com parceiros casuais (n=102)				
Sim	60 (58,8)	43 (63,2)	17 (50,0)	0,453
Não	37 (36,3)	22 (32,4)	15 (44,1)	
Não respondeu	5 (4,9)	3 (4,4)	2 (5,9)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: *Média idade iniciação sexual=13,7 anos (dp=1,3); ^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fischer; ^cTeste Qui-quadrado de tendência linear.

Tabela 4. Distribuição das características relacionadas ao comportamento e às experiências sexuais e reprodutivas dos adolescentes por sexo antes da intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Total n (%)	Masculino (n=119) n (%)	Feminino (n=131) n (%)	p-valor ^a
Uso de preservativo nas relações com parceiros casuais (n=60)				
Sim	23 (35,4)	21 (45,7)	2 (10,5)	0,020
Não	31 (47,7)	18 (39,1)	13 (68,4)	
Não respondeu	11 (16,9)	7 (15,2)	4 (21,1)	
Prática de relações sexuais com pessoas que conheceu pela Internet (n = 100)				
Sim	6 (6,0)	2 (3,0)	4 (11,8)	0,100
Não	94 (94,0)	64 (97,0)	30 (88,2)	
Motivos da não utilização de contraceptivos (n=25)				
Não esperava ter relações sexuais	7 (28,0)	3 (18,8)	4 (44,4)	
Queria engravidar	3 (12,0)	3 (18,8)	0 (0,0)	
Não gosta, não fica bom	10 (40,0)	8 (50,0)	2 (22,0)	
Não sabe utilizar	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	
Não sabe como conseguir o método	2 (8,0)	1 (6,2)	1 (11,1)	
Minha religião não permite	1(4,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	
Outra	1(4,0)	1 (6,2)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** *Média idade iniciação sexual= 13,7 anos (dp=1,3); ^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fischer; ^cTeste Qui-quadrado de tendência linear.

5.2 Intervenção educativa

Nessa fase do estudo apresentam-se os dados referentes aos resultados da intervenção educativa conduzida durante o plantão escolar. A **Tabela 5** apresenta dados referentes aos conhecimentos dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, antes e após a intervenção educativa.

Em todas as questões do pré e pós-testes, verificaram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes antes e após a intervenção (p-valor \leq 0,05).

Após a intervenção educativa as maiores diferenças do conhecimento estiveram relacionadas aos seguintes itens: **Q4:** entre parceiros sexuais, a mesma DST pode aparecer com diferentes sintomas no homem e na mulher (de 53,6% para 99,2%); **Q6:** AIDS/DST tem a transmissão reduzida por quem usa a camisinha na maioria das vezes

que mantém relações sexuais (de 46,8% para 100%); **Q7**: ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de transmissão de DST/AIDS (de 70,8% para 100%); **Q27**: quem tem uma DST tem mais risco de ter Aids (de 50,4% para 100%) (Gráfico 2).

Segundo verificado, nota-se que, antes da intervenção, os adolescentes não possuíam informações suficientes para assegurar comportamentos sexuais livres de riscos.

Ao avaliar o conhecimento que os adolescentes apresentaram antes e após a intervenção educativa, observa-se um incremento dos percentuais do conhecimento dos adolescentes quando comparados à etapa anterior à intervenção (Tabela 5 e Gráfico 2).

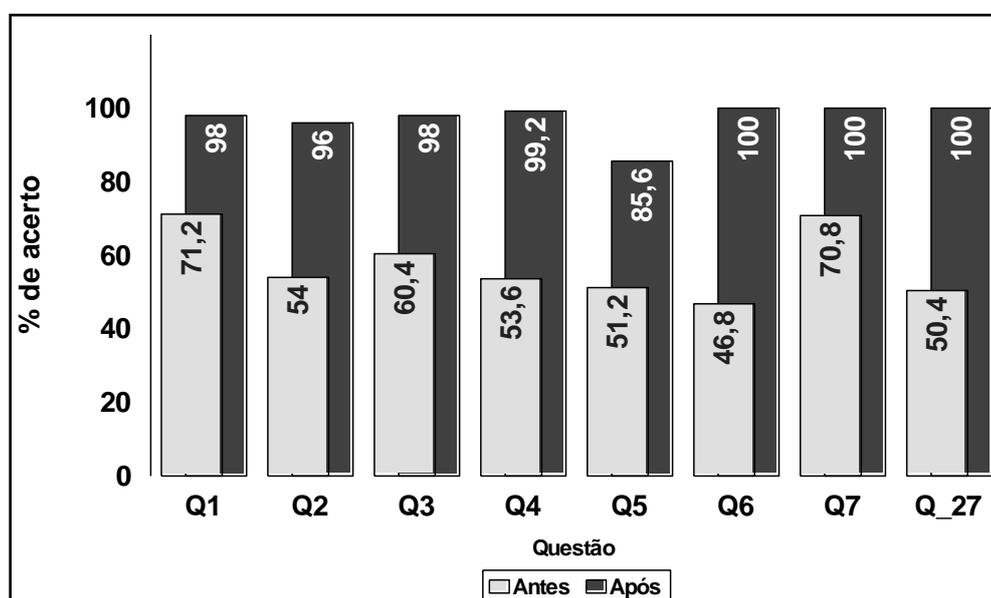


Gráfico 2. Distribuição percentual de acertos das questões relacionadas ao conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS. Imperatriz - MA, 2013.

Tabela 5. Distribuição das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, antes e após a intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Continua..

Característica	Intervenção		p-valor ^a
	Antes n (%)	Após n (%)	
Q1. A pessoa pode estar com uma DST, mesmo que não apresente sintomas			
Falso	25 (10,0)	5 (2,0)	0,000
Verdadeiro	178 (71,2)	245 (98,0)	
Não sabe/não respondeu	47 (18,8)	0 (0,0)	
Q2. Quando um parceiro sexual é tratado para DST, não é necessário que o outro parceiro seja diagnosticado ou tratado			
Falso	135 (54,0)	240 (96,0)	0,000
Verdadeiro	52 (20,8)	10 (4,0)	
Não sabe/não respondeu	63 (25,2)	0 (0,0)	
Q3. Quando alguém com DST não tem mais sintomas, pode interromper o tratamento			
Falso	151 (60,4)	244 (98,0)	0,000
Verdadeiro	34 (13,6)	5 (2,0)	
Não sabe/não respondeu	65 (26,0)	0 (0,0)	
Q4. Entre parceiros sexuais, uma DST pode apresentar diferentes sintomas no homem e na mulher			
Falso	41 (16,4)	2 (0,8)	0,000
Verdadeiro	134 (53,6)	248 (99,2)	
Não sabe/não respondeu	75 (30,0)	0 (0,0)	
Q5. A pessoa não pega AIDS/DST se tiver apenas um parceiro			
Falso	128 (51,2)	214 (85,6)	0,000
Verdadeiro	65 (26,0)	36 (14,4)	
Não sabe/não respondeu	57 (22,8)	0 (0,0)	
Q6. A pessoa diminui as chances de pegar AIDS/DST se usar camisinha nas relações sexuais			
Falso	79 (31,6)	0 (0,0)	0,000
Verdadeiro	117 (46,8)	250 (100,0)	
Não sabe/não respondeu	54 (21,6)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer.

Tabela 5. Distribuição das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, antes e após a intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Intervenção		p-valor ^a
	Antes n (%)	Após n (%)	
Q7. Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar DST/AIDS			
Falso	18 (7,2)	0 (0,0)	0,000
Verdadeiro	177 (70,8)	250 (100,0)	
Não sabe/não respondeu	55 (22,0)	0 (0,0)	
Q27. Uma pessoa que tem uma DST			
Tem mais risco de ter Aids	126 (50,4)	250 (100,0)	0,000
Tem o mesmo risco de ter Aids que qualquer outra pessoa	62 (24,8)	0 (0,0)	
Tem menos risco de ter Aids	12 (4,8)	0 (0,0)	
Não sei	50 (20,0)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer.

Os dados da **Tabela 6** apontam o conhecimento dos adolescentes sobre as formas de transmissão da Aids, antes e após o desenvolvimento da intervenção educativa. Com relação às formas de transmissão da Aids, verificaram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre as respostas dos adolescentes em ambos os momentos ($p\text{-valor} \leq 0,05$), onde puderam identificar todas as formas de transmissão da Aids, a saber: ter relação sexual vaginal, sem preservativo, com uma pessoa infectada pela Aids (de 96,4% para 100,0%); compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas que estejam infectadas pelo HIV (de 69,2% para 100,0%); receber transfusões com sangue contaminado pelo HIV (de 66,4% para 100,0%); durante a gravidez através da placenta, da mãe infectada com o HIV, para o seu bebê (de 45,6% para 100,0%).

Observa-se então, que o percentual de respostas corretas foi crescente entre o pré e pós-teste, ou seja, após o *plantão educativo*, quase a totalidade dos adolescentes (96,4%) responderam corretamente sobre as formas de transmissão da Aids (Gráfico 3).

Foi surpresa observar que mesmo a maioria ter demonstrado maior conhecimento em relação às formas de transmissão da Aids, ainda 3,6% dos adolescentes acreditam ser possível a transmissão da Aids através da vacinação, mesmo que o material utilizado seja descartável.

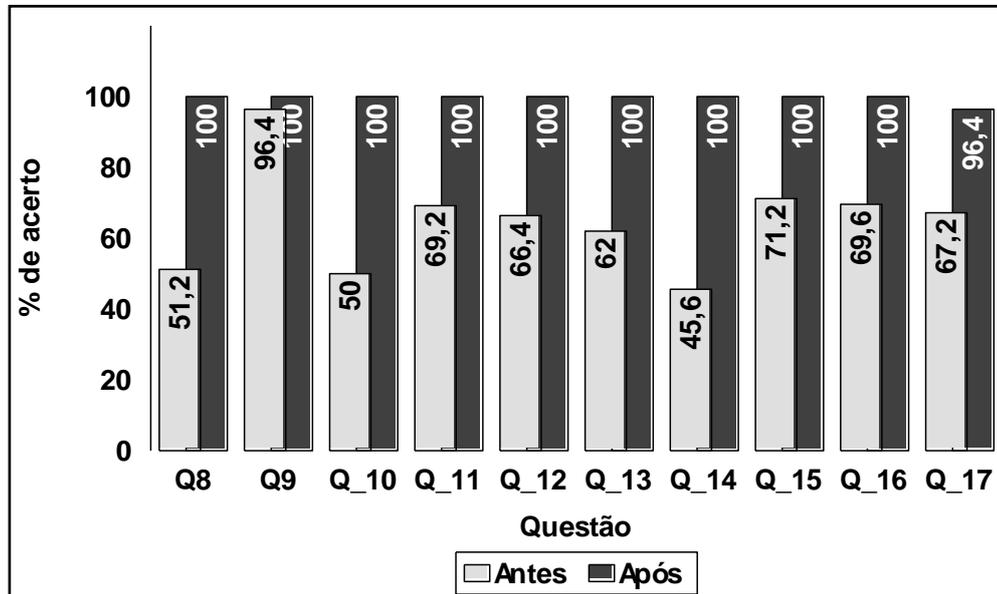


Gráfico 3. Distribuição percentual de acertos das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre as formas de transmissão da Aids. Imperatriz - MA, 2013.

Tabela 6. Distribuição das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre a transmissão da Aids, antes e após a intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Continua...

Característica	Intervenção		p-valor ^a
	Antes n (%)	Após n (%)	
Q8. Beijar na boca de alguém infectado com HIV			
Não	128 (51,2)	250 (100,0)	0,000
Sim	122 (48,8)	0 (0,0)	
Q9. Ter relação sexual vaginal, sem camisinha, com uma pessoa infectada pelo HIV			
Não	9 (3,6)	0 (0,0)	0,004
Sim	241 (96,4)	250 (100,0)	
Q10. Ser picado por mosquito que picou uma pessoa infectada pelo HIV			
Não	125 (50,0)	250 (100,0)	0,000
Sim	125 (50,0)	0 (0,0)	
Q11. Compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas que estejam infectadas pelo HIV			
Não	77 (30,8)	0 (0,0)	0,000
Sim	173 (69,2)	250 (100,0)	
Q12. Receber transfusões com sangue contaminado pelo HIV			
Não	84 (33,6)	0 (0,0)	0,000
Sim	166 (66,4)	250 (100,0)	
Q13. Doar sangue			
Não	155 (62,0)	250 (100,0)	0,000
Sim	95 (38,0)	0 (0,0)	
Q14. Durante a gravidez, da mãe infectada pelo HIV para o seu bebê, através da placenta			
Não	136 (54,4)	0 (0,0)	0,000
Sim	114 (45,6)	250 (100,0)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer.

Tabela 6. Distribuição das questões relacionadas ao conhecimento de adolescentes sobre a transmissão da Aids, antes e após a intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Intervenção		p-valor ^a
	Antes n (%)	Após n (%)	
Q15. Usar banheiros públicos			
Não	178 (71,2)	250 (100,0)	0,000
Sim	72 (28,8)	0 (0,0)	
Q16. Utilizar os mesmos talheres ou copos de outras pessoas com o HIV			
Não	174 (69,6)	250 (100,0)	0,000
Sim	76 (30,4)	0 (0,0)	
Q17. Através da vacinação, se o material utilizado for descartável			
Não	168 (67,2)	241 (96,4)	0,000
Sim	82 (32,8)	9 (3,6)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer.

A **Tabela 7** apresenta dados relativos às atitudes dos adolescentes em relação às DST/HIV/AIDS. Identificou-se que, após a intervenção, os adolescentes referiram que na possibilidade de ser portador do HIV, buscariam conversar com um profissional de saúde (36,0%), o pai e um profissional de saúde (18,8%), e a mãe (14,0%). Observa-se que o percentual de adolescentes que relataram no pré teste que não tomariam nenhuma atitude (2,8%) anulou-se (0,0%) após a intervenção.

No tocante às possibilidades de adquirir DST/AIDS, nota-se que os adolescentes acreditam não ter nenhuma possibilidade (55,6% no pré teste e 98,4% no pós teste). Ademais, apenas 10,8% dos adolescentes no pré teste e 1,6% no pós teste referiram possuir pequena possibilidade de adquirir essas infecções. Importante ressaltar que 25,2% dos adolescentes haviam referido não saber, antes da intervenção, as possibilidades de adquirir DST/AIDS; após a intervenção, o desconhecimento desaparece.

Tabela 7. Atitudes de adolescentes em relação às DST/HIV/AIDS, antes e após o desenvolvimento da intervenção educativa (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Intervenção	
	Antes n (%)	Após n (%)
Atitude caso descobrisse que está com HIV/AIDS		
Conversaria com meu pai	83 (33,2)	28 (11,2)
Procuraria o profissional da saúde	77 (30,8)	90 (36,0)
Conversaria com minha mãe	63 (25,2)	35 (14,0)
Conversaria com um amigo (a)	14 (5,6)	7 (2,8)
Não tomaria nenhuma atitude	7 (2,8)	0 (0,0)
Conversaria com meus pais	1 (0,4)	1 (0,4)
Conversaria com pai e procuraria profissional de saúde	0 (0,0)	47 (18,8)
Conversaria com a mãe e procuraria profissional de saúde	0 (0,0)	27 (10,8)
Conversaria com um amigo (a) e procuraria profissional de saúde	0 (0,0)	7 (2,8)
Conversaria com meus pais e procuraria um profissional de saúde	0 (0,0)	5 (2,0)
Conversaria com meu pai e amigo (a) e procuraria um profissional de saúde	0 (0,0)	1 (0,4)
Conversaria com minha mãe e amigo (a) e procuraria um profissional de saúde	0 (0,0)	2 (0,8)
Outra	5 (2,0)	0 (0,0)
Possibilidades de adquirir DST/AIDS		
Nenhuma possibilidade	139(55,6)	246 (98,4)
Pequena possibilidade	27(10,8)	4 (1,6)
Moderada	8 (3,2)	0 (0,0)
Grande	5 (2,0)	0 (0,0)
Muito grande	6 (2,4)	0 (0,0)
Não sei	63 (25,2)	0 (0,0)
Não respondeu	2 (0,8)	0 (0,0)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer.

Dados quanto ao comportamento sexual dos adolescentes, antes e após a intervenção educativa, apresentados na **Tabela 8**, ilustram um incremento no percentual de 41,6% para 45,6% de que a atividade sexual iniciaria somente depois do casamento. Por outro lado, houve redução de 19,6% para 19,2% na proporção de adolescentes sobre a decisão de que a atividade sexual seria apenas por atração.

Quanto à prática de relações sexuais nos últimos 12 meses, entre aqueles que referiram iniciação sexual antes da intervenção (n=103), 86,4% dos investigados referiu ter praticado relações sexuais. Após a intervenção (n=104), esta proporção apresentou um acréscimo entre

os que referiram iniciação sexual (100%). Foram estatisticamente significantes as diferenças proporcionais da prática sexual, antes e após a intervenção nos últimos 12 meses (p-valor = 0,000).

Em relação ao número de parceiros sexuais, antes e após a intervenção, houve um acréscimo na maior proporção de estudantes que relataram possuir apenas um parceiro sexual, de 46,6% para 56,3%. Não foram verificadas tendências estatisticamente significantes de aumento proporcional do número de parceiros entre os grupos (p-valor = 0,83).

Quando se analisou o uso de métodos para prevenir DST nos últimos 12 meses, verificou-se que, o preservativo foi o mais utilizado, antes e depois da aplicação do *plantão educativo*. Observou-se, após o *plantão educativo*, aumento e maior diversidade de combinações com outros métodos na utilização do preservativo, de 44,9% para 54,2% depois do plantão. Ressalte-se ainda que, houve decréscimo no percentual de adolescentes que referiram não utilizar nenhum método, de 27% para 7,7% depois da implementação da intervenção.

Na presente investigação, observaram-se diferenças em relação aos locais de aquisição do preservativo. Pode-se afirmar que houve aumento nos percentuais de adolescentes que disseram adquirir o preservativo masculino na escola. O aumento apresentou-se em 99,6% depois da intervenção educativa, em detrimento dos 94% que antes da intervenção disseram não adquirir preservativos na escola. Foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos com relação à obtenção do preservativo na escola (p-valor = 0,000).

Em contrapartida, os serviços de saúde foram pouco citados pelos adolescentes tanto antes quanto depois do *plantão educativo*. A maior proporção dos entrevistados (92,1%) antes da intervenção relatou não adquirir o preservativo nos serviços de saúde. E mesmo após o plantão o percentual destes manteve-se elevado (90,8%).

No quesito conhecimento do preservativo feminino obteve-se a mudança mais significativa. A realização do *plantão educativo* aumentou de 45,3% para 100% o conhecimento dos adolescentes sobre o mesmo. Verificou-se, entre os grupos, diferenças proporcionais estatisticamente significantes com relação ao conhecimento do preservativo feminino (p-valor = 0,000).

Destaca-se, após a realização da intervenção, o aumento da proporção de adolescentes que informou ter utilizado o preservativo na última relação sexual, de 39,8% para 65,7%, as

diferenças proporcionais entre os grupos, foram estatisticamente significantes quanto ao uso do preservativo na última relação sexual (p-valor = 0,000).

Contudo este aumento não contribuiu para a adesão da realização do teste anti-HIV. Embora menos expressivo a realização do teste por adolescentes passou de 1,3% para 10,6% após a participação na intervenção. Verificaram-se, diferenças proporcionais estatisticamente significantes com relação à realização do teste anti-HIV antes e após a intervenção (p-valor = 0,000).

Tabela 8. Distribuição das questões relacionadas ao comportamento sexual de adolescentes, antes e após a intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Continua...

Característica	Intervenção		p-valor ^a
	Antes n (%)	Após n (%)	
Quando alguém pode ter relação sexual			
Só depois do casamento	104 (41,6)	114 (45,6)	
Basta ter atração	49 (19,6)	48 (19,2)	
Quando são namorados	33 (13,2)	37 (14,8)	
Todas as vezes que sentir vontade, desejo	27 (10,8)	28 (11,2)	
Sejam pelo menos bons amigos	11 (4,4)	16 (6,4)	
Apenas quando estão noivos	7 (2,8)	7 (2,8)	
Não sabe/não respondeu	10 (4,0)	0 (0,0)	
Outros	9 (3,6)	0 (0,0)	
Relações sexuais nos últimos 12 meses	n=103	n=104	
Sim	89 (86,4)	104 (100,0)	0,000
Não	10 (9,7)	0(0,0)	
Não sabe/não respondeu	4 (3,9)	0 (0,0)	
Método que utilizou para prevenir DST nos últimos 12 meses	n=89	n=104	
Preservativo	40 (44,9)	57 (54,2)	
Coito interrompido	13 (14,6)	10 (9,6)	
Pílula anticoncepcional	12 (13,5)	13 (12,5)	
Preservativo/coito interrompido	0 (0,0)	6 (5,8)	
Preservativo/pílula anticoncepcional	0 (0,0)	8 (7,7)	
Coito interrompido/pílula anticoncepcional	0 (0,0)	2(1,9)	
Nenhum	24 (27,0)	8 (7,7)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Exato de Fischer; ^bTeste Qui-quadrado de tendência linear.

Tabela 8. Distribuição das questões relacionadas ao comportamento sexual de adolescentes, antes e após a intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Intervenção		p-valor ^a
	Antes n (%)	Após n (%)	
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses	n=93	n=103	
Nenhum	2 (1,9)	0 (0,0)	0,83 ^b
1	48 (46,6)	58 (56,3)	
2	30 (29,1)	32 (31,1)	
3 ou mais	13 (12,6)	13 (12,6)	
Sem informação	10 (9,7)	0 (0,0)	
Nos últimos 12 meses, recebeu ou pegou preservativo nos serviços de saúde			
Sim	16 (7,9)	23 (9,2)	0,737
Não	187 (92,1)	227 (90,8)	
Nos últimos 12 meses, recebeu ou pegou preservativo na escola			
Sim	15 (6,0)	249 (99,6)	0,000
Não	235 (94,0)	1 (0,4)	
Conhece o preservativo feminino			
Sim	111 (45,3)	250 (100,0)	0,000
Não	134 (54,7)	0 (0,0)	
Uso de preservativo na última relação sexual			
Sim	41 (39,8)	71 (65,7)	0,000
Não	52 (50,5)	36 (33,3)	
Não lembra/não respondeu	10 (9,7)	1 (0,9)	
Realização de teste anti-HIV nos últimos 12 meses			
Sim	3 (1,3)	26 (10,6)	0,000
Não	227 (97,4)	218 (89,0)	
Não sabe/não respondeu	3 (1,3)	1(0,4)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Exato de Fischer; ^bTeste Qui-quadrado de tendência linear.

A **Tabela 9** apresenta a avaliação da intervenção educativa sobre DST/HIV/AIDS. Entre os adolescentes, 77,6% avaliaram o *plantão educativo* como muito bom. Ao se estratificar os resultados da avaliação do plantão por sexo, verificou-se semelhança no padrão das respostas por sexo ($p= 0,917$) e que as meninas possuem os percentuais mais elevados da avaliação (77,86%).

Sobre a mudança do conhecimento e da prontidão para adesão a comportamentos saudáveis em relação às DST/HIV/AIDS, após ter participado do *plantão educativo*, 79,6% dos adolescentes responderam que sim, mudou para melhor. Segundo verificado, os grupos não mostraram diferenças proporcionais por sexo ($p=0,467$), pois entre as meninas, a mudança foi superior quando comparadas aos meninos (82,4%). Nenhum dos adolescentes respondeu que não houve mudança.

Alguns adolescentes (15,6%), disseram que a mudança do seu comportamento após o *plantão educativo* foi em parte, enquanto que (52,6%) devido a motivos pessoais comprometeram-se a continuar tentando mudar. Nota-se que, entre os sexos, os meninos apresentam percentuais mais propensos a mudarem o comportamento (61,9%).

No concernente à introdução do preservativo nas relações sexuais, após participar do *plantão educativo*, 57,6% dos adolescentes responderam não ter relações sexuais, portanto, não usam preservativo. Entre aqueles que mantêm prática sexual, 13,2% relataram não ter introduzido o uso do preservativo, e, 13,2% disseram já usar o preservativo antes mesmo de participar do plantão.

Ainda segundo alguns adolescentes (17,0%), o motivo relatado de não utilizar o preservativo nas práticas sexuais foi que, não conseguiram começar a usá-lo, mas vão continuar tentando para prevenir DST/HIV/AIDS. Saliente-se que, em maior proporção (24,5%), os meninos estão entre os que disseram continuar tentando iniciar o uso do preservativo. Estes dados revelam a intenção do uso do preservativo.

Para a avaliação do que mais gostou no *plantão educativo*, parcela substancial dos investigados (88,0%) referiu a presença do profissional de saúde. Não houve diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos ($p=0,779$). Neste mesmo íterim, os adolescentes também expuseram gostar do atendimento individual no plantão (74,8%). Embora elevado o padrão de respostas, é proporcionalmente semelhante entre os grupos quanto ao sexo ($p=0,562$).

Para os adolescentes o maior aprendizado do *plantão educativo*, diz respeito à importância de procurar informações corretas (44,1%) e adotar comportamento sexual seguro (21,1%). Vale ressaltar que o padrão de respostas foi proporcionalmente semelhante entre os grupos da intervenção por sexo ($p=0,539$).

Tabela 9. Distribuição das questões relacionadas à análise do plantão educativo sobre DST/HIV/AIDS, por sexo, após intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Continua...

Característica	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p-valor^a
O que achou do plantão educativo na escola				
Bom	56 (22,4)	27 (22,7)	29 (22,1)	0,917
Muito Bom	194 (77,6)	92 (77,3)	102 (77,9)	
Regular	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Após ter participado do plantão educativo, conseguiu mudar o conhecimento e o comportamento em relação às DST/HIV/AIDS?				
Sim, mudou para melhor	199 (79,6)	91 (76,5)	108 (82,4)	0,467
Não mudou	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Em parte	39 (15,6)	22 (18,5)	17 (13,0)	
Já tinha conhecimento e comportamentos compatíveis com o que foi explicado no plantão	12 (4,8)	6 (5,0)	6 (4,6)	
Motivo da não mudança de comportamento após o plantão				
Achei interessante participar do plantão, mas não estou interessado em mudar meu comportamento	n=38 1 (2,6)	n=21 1 (4,8)	n=17 0 (0,0)	
Os encontros do plantão não foram suficientes para motivar a minha mudança de comportamento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tentei, mas não consegui	9 (23,7)	3 (14,3)	6 (35,3)	
Não consegui mudar, mas vou continuar tentando, pois quero prevenir DST/HIV/AIDS	20 (52,6)	13 (61,9)	7 (41,2)	
Gostaria de ter mudado, mas meu parceiro (a) não contribui para a mudança	5 (13,2)	1 (4,8)	4 (23,5)	
Outro	3 (7,9)	3 (14,3)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Exato de Fischer; ^bTeste Qui-quadrado de Pearson; *Questão de múltipla resposta onde foram apresentados somente a resposta afirmativa de cada item.

Tabela 9. Distribuição das questões relacionadas à análise do plantão educativo sobre DST/HIV/AIDS, por sexo, após intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Continua...

Característica	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p-valor^a
Após ter participado do plantão educativo conseguiu começar a usar o preservativo nas suas atividades sexuais?				
Sim	32 (12,8)	19 (16,0)	13 (9,9)	
Não	33 (13,2)	18 (15,1)	15 (11,5)	
Em parte	8 (3,0)	4 (3,4)	4 (3,1)	
Já usava o preservativo antes de participar do plantão educativo	33 (13,0)	20 (16,8)	13 (9,9)	
Não tenho relações sexuais	144 (58,0)	58 (48,7)	86 (65,7)	
Motivo de não conseguir começar a usar o preservativo	n=106	n=49	n=57	
Achei importante participar do plantão educativo, mas não estou interessado em usar preservativo	1 (0,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	
Os encontros do plantão não foram suficientes para desejar usar o preservativo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tentei, mas não consegui	8 (7,6)	2 (4,1)	6 (10,5)	
Não consegui, mas vou continuar tentando, pois quero prevenir DST/HIV/AIDS	18 (17,0)	12 (24,5)	6 (10,5)	
Gostaria de ter começado a usar, mas meu parceiro (a) não quer usar preservativo	4 (3,8)	2 (4,1)	2 (3,5)	
Não tenho relações sexuais	73 (68,9)	30 (61,2)	43 (75,4)	
Outro motivo	2 (1,9)	2 (4,1)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Exato de Fischer; ^bTeste Qui-quadrado de Pearson; *Questão de múltipla resposta onde foram apresentados somente a resposta afirmativa de cada item.

Tabela 9. Distribuição das questões relacionadas à análise do plantão educativo sobre DST/HIV/AIDS, por sexo, após intervenção (n=250). Imperatriz - MA, 2013.

Característica	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p-valor^a
Do que mais gostou no plantão educativo (múltipla resposta)*				
Atendimento individual	187 (74,8)	91 (76,5)	96 (73,3)	0,562
Presença de um profissional de saúde	220 (88,0)	104 (87,4)	116 (88,6)	0,779
Presença de outros adolescentes no plantão	51 (20,4)	22 (18,5)	29 (22,1)	0,474
Oficinas/Vídeos	48 (19,2)	21 (17,7)	27 (20,6)	0,552
Da forma como a sala foi preparada	47 (18,8)	21 (17,7)	26 (19,9)	0,657
Teste prático de colocação dos preservativos	43 (17,2)	18 (15,1)	25 (19,1)	0,408
Distribuição de folders	40 (16,0)	17 (14,3)	23 (17,6)	0,481
Distribuição de preservativos	39 (15,6)	16 (13,5)	23 (17,6)	0,371
Informações obtidas sobre DST/HIV/AIDS	39 (15,6)	16 (13,5)	23 (17,6)	0,371
Outro	3 (1,2)	1 (0,8)	2 (1,5)	0,619
Maior aprendizado no plantão educativo	n=247	n=117	n=130	
Como usar os preservativos	41 (16,6)	18 (15,4)	23 (17,7)	0,539 ^b
Conhecer as formas de transmissão de DST/HIV/AIDS	45 (18,2)	19 (16,2)	26 (20,0)	
A importância de procurar informações corretas	109 (44,1)	51 (43,6)	58 (44,6)	
A importância de adotar comportamento sexual seguro	52 (21,1)	29 (24,8)	23 (17,7)	
Não teve aprendizado com o plantão educativo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Exato de Fischer; ^bTeste Qui-quadrado de Pearson; *Questão de múltipla resposta onde foram apresentados somente a resposta afirmativa de cada item.

5.3 Desenvolvimento da intervenção: aplicação do *plantão educativo*

O *plantão educativo* foi a estratégia eleita para o desenvolvimento da intervenção educativa. A instalação do plantão teve a participação dos adolescentes, parceiros de estudo, seguindo os princípios do CBPR, conforme explicado na metodologia. A participação dos adolescentes no planejamento da sala, em termos de organização, *layout* e decoração demonstrou a motivação e o interesse em colaborar com essa atividade educativa, deixando

que o espaço refletisse a imagem do adolescente e um sentimento de pertença que emergiu dando lugar para autoria e protagonismo.

Para a preparação da sala que foi utilizada no *plantão educativo* os adolescentes verbalizaram a necessidade de aproximá-la à aceitação dos adolescentes, e que para isto se concretizar seria necessário possuir alguns ingredientes que caracterizassem o desejo dos adolescentes de estar naquele ambiente, considerado favorável para a sua presença durante o plantão. Destaca-se neste estudo, como principais ingredientes, os tapetes, as almofadas, a presença de cores variadas, os modelos anatômicos da genitália masculina e feminina, a presença da enfermeira e dos preservativos disponíveis.

A utilização de um ambiente favorável é de suma importância para a promoção da saúde de adolescentes, conducente para a mudança no conhecimento, nas formas de pensar, para facilitar a aquisição de competências e poder proporcionar mudanças de práticas e atitudes.

Observou-se desde o início da preparação do espaço para o *plantão educativo*, o engajamento dos adolescentes na concepção do lugar na escola. Assim, o plantão foi tomando forma de um cenário para o atendimento individual junto aos adolescentes que espontaneamente e por agendamento prévio procuraram esse serviço na escola.

Outro fato que demonstrou o quanto esse *lugar*, para o *plantão educativo* tornou-se especial para os alunos foi a sua constante frequência e permanência em detrimento de outras atividades pedagógicas da escola. Essa situação gerou um desconforto, pois os alunos passaram a faltar às aulas e às rotinas militares da escola para estar na sala do plantão, ajudar e se colocar à disposição no que fosse necessário; esperar a pesquisadora na entrada da escola nos dias destinados à organização da mesma.

Estes comportamentos atraíram a atenção da pesquisadora e, também dos diretores do colégio, sobre como os adolescentes estavam alegres e envolvidos com a proposta do *plantão educativo* na escola.

Nesta ocasião também os professores, a saber, de matemática, geografia, inglês, literatura e história, verbalizaram junto à pesquisadora sobre quão motivados estavam os adolescentes com a nova proposta educativa no colégio, e sobre a necessidade de ter um profissional de saúde no ambiente escolar. O retorno destes professores foi altamente gratificante e demonstrou a real necessidade da presença da profissional de saúde na escola diante deste tipo de abordagem. As falas abaixo ilustram essa ocorrência:

“Os alunos só querem saber do plantão agora [...]” P1

“Eles estão eufóricos com essa sua vinda na escola” P2

“Aqui tava precisando mesmo urgentemente de uma enfermeira, tem dias que a gente não sabe o que fazer em algumas situações” P3

No entanto, essa situação de ausência dos alunos nas outras atividades escolares gerou um impasse, a pesquisadora foi convocada pela direção do colégio, para esclarecer juntos aos adolescentes que sua participação na organização da sala deveria ocorrer nos intervalos das aulas e nos horários do contra-turno escolar, ou seja, no turno oposto das atividades escolares. Os adolescentes também foram informados que os recursos de monitoramento pela câmera na escola no corredor da sala do plantão flagrariam a não observância desse compromisso assumido com a direção. Este fato provocou inicialmente insatisfação dos adolescentes, que se dirigiram aos diretores para explicar o porquê das suas ausências nas atividades escolares em função do envolvimento com a atividade educativa.

A comunicação, pactuação e negociação foram os recursos utilizados para a resolutividade desse conflito. Como desfecho, a pesquisadora elaborou um cronograma dos dias e horários para cada adolescente participar da organização da sala.

Após a finalização da organização da sala, como espaço educativo, seu objetivo ficou explícito: oferecer atendimento no *plantão educativo* individual para, prioritariamente, junto ao adolescente discutir questões relacionadas ao conhecimento e à adesão de comportamentos saudáveis envolvendo sexo, sexualidade, prevenção da gravidez precoce, e, DST/HIV/AIDS, temática principal do plantão.

As Figuras 1, 2 e 3 abaixo registram o envolvimento dos adolescentes como relatado na constituição do *plantão educativo* até a sua implementação. Nelas verifica-se que, em tudo os adolescentes participaram na organização da sala, a saber: perguntando sobre o início e a logística do plantão, sugerindo sobre a disposição das letras nos murais, definindo as cores das letras e dos tecidos utilizados, a forma de recortar os papéis, inclusive sobre como abordar e sensibilizar outros adolescentes ao uso do preservativo. Segundo os próprios adolescentes, esta forma de organização sugerida iria despertar a atenção de seus pares para a sala e propiciar a participação assídua no *plantão educativo*.



Figura 1 – Organização da sala do *plantão educativo*



Figura 2 – Construção do nome do *plantão educativo*



Figura 3 – Adolescentes colaborando na organização da sala do *plantão*

Uma vez tudo pronto, foi possível observar que a sala do *plantão educativo* promoveu entre os adolescentes, encantamento e demonstração de autonomia na construção do seu espaço, conforme se pode vislumbrar nas falas abaixo:

“Aqui é o lugar mais legal do Colégio [...]”AM1

“Nossa! Que lindo! [...] e pensar que fomos nós que fizemos”. AM2

“Adorei [...] essa sala é tudo de lindo [...]” AM3

A divulgação, mobilização e acessibilidade dos adolescentes para o *plantão educativo* foram as etapas para a implementação da intervenção na escola. Fez-se a divulgação dos temas a serem abordados, DST/HIV/AIDS, em seguida foram distribuídos *flyers* (filipetas) constando: nome do plantão, data, horário e local dos 02 encontros agendados, para que o adolescente fixasse em local que facilitasse a atenção para o dia do agendamento (Figura 4).

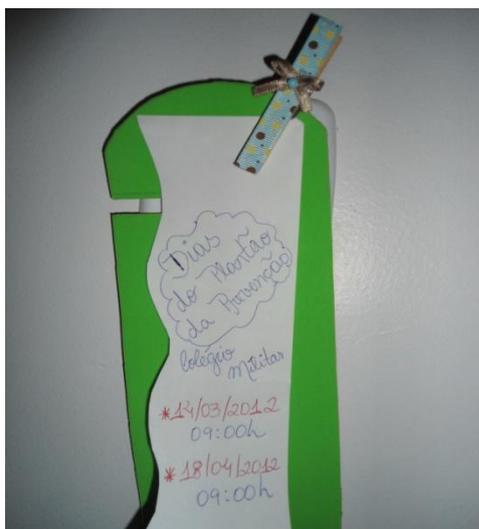


Figura 4 – Flyer

Apesar do foco central do plantão ser sobre temas de prevenção de DST/HIV/AIDS, observou-se grande interesse dos adolescentes, já no pré-teste da inclusão de outras questões associadas ao comportamento sexual saudável como: primeira relação sexual, sexo e sexualidade e comunicação com os pais, que foram amplamente discutidas e predominantes durante o plantão. Também surgiram outras propostas e necessidades individuais de cada adolescente relativas à sexualidade e comunicação com os pais.

Antes de iniciar os agendamentos para o *plantão educativo*, os adolescentes expressavam grande expectativa de como seria, principalmente se tratando de uma atividade educativa que dependia de sua escolha voluntária e espontânea. As informações sobre o plantão foram transmitidas nas salas de aula, nas reuniões com os multiplicadores (Figura 5), pais, e professores. Nessa atividade, além do profissional de saúde enfermeiro, os adolescentes participantes contariam com a colaboração de adolescentes multiplicadores, se assim desejassem.



Figura 5- Reunião pesquisadora e multiplicadores

Tal interesse sobre o *plantão educativo* e sobre o seu conteúdo pode ser demonstrado, conforme se pode observar nas falas:

*“Mas quem vai estar no plantão é a senhora, não é?”*AF1

*“Eu posso convidar um deles (multiplicadores) para participar comigo?”*AM1

*“O que é teste anti-HIV?”*AF2

*“Pode fazer pergunta sobre sexo?”*AM3

*“Ter muitos ‘peguetes’ faz ter DST?”*AF3

Dessa etapa de implementação do *plantão educativo*, pontua-se a comunicação envolvendo todos os participantes como um elemento essencial para o acolhimento da atividade na escola.

A execução do *plantão educativo* ocorreu em meses considerados chuvosos na região sudoeste maranhense. Mesmo nos dias de chuva o comparecimento dos adolescentes ao plantão permaneceu assíduo, e, inclusive, mencionado por alguns destes, como de grande expectativa, o que ratificou o seu interesse em participar do plantão, conforme se evidencia nas falas a seguir:

*“Nem dormi de tanta ansiedade”*AM1

*“A senhora vai ficar aqui para sempre?”*AF1

*“Ainda tem muita coisa que eu quero te perguntar [...] Posso voltar?”*AF2

*“Tia, viu? Eu vim debaixo de chuva (risos)”*AM2

Embora os adolescentes apresentassem visível expectativa para o plantão, ao entrarem na sala a reação observada em alguns, era de timidez para iniciar a conversa. Nessa circunstância, em algumas situações foi necessário que a pesquisadora instigasse o adolescente a perguntar sobre o que lhe motivou a estar naquele momento no *plantão educativo*, visto que ele próprio realizou o agendamento. Diante desta situação, uma breve introdução era realizada pela pesquisadora, contemplando algumas questões iniciais, como: ‘O que você esperava encontrar aqui nessa sala?’ ‘Gostaria de ter um amigo(a) aqui com você no plantão?’ ‘Você acha importante ter um espaço como este na escola?’

Gradativamente, o adolescente relaxava e iniciava o processo de comunicação com a pesquisadora questionando-a sobre as suas dúvidas, e, em muitos momentos desabafando sobre as suas angústias e expectativas em relação a sexo, sexualidade e DST/HIV/AIDS. Pode-se verificar esta assertiva através das falas abaixo:

*“Tia, eu confesso que estava com medo de entrar (risos, muitos risos)”*AF3

*“Eu vim aqui porque no dia que eu respondi as perguntas eu era virgem, só que eu decidi que eu vou deixar de ser virgem no dia das mães [...] quero saber de tudo então”*AF2

*“Agora eu vou ser ‘o cara’ depois desse plantão, tia (risos, de ambos)”*AM1

“Ai, por que será que a gente fica assim sem graça, quando é pra falar de sexo?”

AM2

Sobre os preservativos

Dentre as dúvidas dos adolescentes no plantão, destacou-se como predominante aquela relacionada ao preservativo masculino e especialmente, o preservativo feminino e sobre o que fazer quando o preservativo se rompe durante a relação sexual.

Esta constatação verificada durante a execução do plantão está em consonância às solicitações da comunidade escolar para que fosse dada ênfase na abordagem com os adolescentes sobre o uso e a adesão ao preservativo. Alguns depoimentos podem vislumbrar esta situação, destaque-se que o termo *camisinha*, na fala dos adolescentes refere-se ao preservativo masculino:

*“Eu nunca gostei de usar camisinha, nunca.”*AM1

*“Usei poucas vezes a camisinha, usava mais anticoncepcional e às vezes a pílula do dia seguinte.”*AF2

“Não tenho coragem de pegar camisinha no posto, lá todo mundo vai me ver, todo mundo me conhece [...] essas que a senhora me entregou vão durar uns dias, mas depois que acabar, só Deus sabe.” AF3

*“Tia, eu jurava que se usasse duas camisinhas era mais seguro”*AM2

*“[...] se a camisinha estourar, eu posso pegar DST? [...] se eu me lavar rapidinho eu não pego, não é?”*AF4

Também se percebeu desconhecimento entre os adolescentes sobre o preservativo feminino, antes do *plantão educativo*, 54,7% desses nunca tinham ouvido falar deste tipo de preservativo, como se pode constatar abaixo, em alguns dos depoimentos durante o *plantão educativo*:

*“Eu tinha muita, mas muita curiosidade mesmo de conhecer a camisinha feminina”*AF3

*“Nunca vi a camisinha feminina”*AF2

*“É grande demais essa camisinha (risos) [...] como é que coloca mesmo?”*AM1

*“Muito difícil, deve atrapalhar muito [...] prefiro a masculina [...]”*AF1

Esse fato conduziu a uma tomada de decisão de, durante o *plantão*, apresentar o preservativo feminino para a quase totalidade dos adolescentes e demonstrar a forma de colocá-lo. Os adolescentes foram estimulados, inclusive, para repetir o procedimento logo em seguida ao aprendizado, através de um teste prático de colocação e retirada do preservativo feminino no modelo genital feminino disponível no *plantão* (Figura 6).



Figura 6 – Simulação prática da colocação dos preservativos

Outro aspecto demonstrado refere-se à dúvida em relação à redução da sensibilidade erótica quando se usa os preservativos. Foi solicitado que cada adolescente constatasse através do contato com líquidos térmicos, quente e frio, que o uso dos preservativos, tanto masculino quanto feminino não altera a sensibilidade térmica na relação sexual (Figura 7). A pesquisadora disponibilizou duas garrafas contendo água em temperaturas quente e fria, utilizada em um pequeno recipiente plástico, respectivamente, sempre que havia necessidade dos adolescentes averiguarem a sensibilidade térmica do preservativo.



Figura 7 – Simulação prática para averiguar a sensibilidade térmica com o uso do preservativo

Durante o plantão foi destacado especificamente entre as meninas, as questões de gênero que interferem na negociação com os parceiros no uso do preservativo. Esse fato pode ser comprovado pelas falas a seguir e chama a atenção que promover comportamento sexual saudável entre adolescentes femininas envolve uma discussão sobre papéis femininos e masculinos, bem como direitos sexuais. Do contrário, a vivência da sexualidade saudável pode ficar comprometida, quando não existe a possibilidade de comunicação entre a adolescente e os parceiros sexuais.

‘Tia, eu tenho que te dizer; eu já abortei, e ainda descobri que tinha sífilis [...] graças a Deus não morri (chora) [...] depois de tudo eu ainda continuo sem usar camisinha [...] meu namorado não quer, eu já pedi tanto pra ele, mas ele acha que eu quero usar pra ser safada com outros meninos.’ AF1

“[...] Uso é nada! Usar camisinha é passar a ficha de vagabunda pra eles [...] tenho medo, é claro, de pegar doença, mas o que eu posso fazer?” AF2

“Teve uma vez que eu fui colocando a camisinha nele, aí ele deu um pulo (risos) e não teve mais como ter relação.” AF3

“Ele é daqueles que acha que camisinha é ruim, e aqui entre nós, eu também não gosto muito não [...] já tentei usar várias vezes, mas não rolou [...] sei lá, quebra o clima.”AF4

Sobre relação sexual e comunicação com os pais

Sobre a iniciação sexual desprotegida na adolescência e a sua relação com a gravidez precoce e DST/HIV/AIDS observou-se no plantão que foram permeadas de dúvidas, no que diz respeito ao momento certo para a vida sexual. Particularmente as meninas foram as que buscaram obter mais conhecimento a respeito de sexo e sexualidade, a fim de adotar um comportamento sexual saudável. A percepção das consequências da atividade sexual desprotegida se revela muito mais danosa nas meninas do que nos meninos.

“Quando a gente sabe que é a hora certa pra ter a primeira relação sexual?”AF1

“Eu, pelo menos, não vou querer ter relação agora, porque é assim [...] eu acho que eu não tenho maturidade ainda [...]”AF2

“Eu tenho muito, mas é muito medo mesmo de adoecer [...] vai ser uma decepção para os meus pais, mas decepção mesmo vai ser pra mim [...] porque eu me dedico muito aos estudos, a tudo [...] se eu engravidar então acho que nem sei o que fazer.”AF3

“É uma coisa assim, eu queria conseguir provar pra mim mesma que eu já posso ter a minha primeira relação sexual”AF4

“Será que um dia eu vou deixar de ser virgem?”AM1

A despeito da abordagem sobre sexualidade, em muitos momentos do *plantão educativo*, os adolescentes expuseram como grande dificuldade a comunicação entre pais e filhos sobre o tema. Por outro lado, os adolescentes enfatizaram a importância do espaço da escola para a atividade educativa e também expressaram o contentamento em poder dialogar junto à pesquisadora sobre o tema sexo e sexualidade. A forma como a comunicação ocorreu com o adolescente, foi comparada com a maneira da comunicação com os pais. Esta situação é descrita, de acordo com os seguintes depoimentos:

“Não tem condições de falar com a minha mãe sobre essas coisas, ela já vai logo é brigando comigo, me ameaçando que se eu engravidar ou pegar uma doença ela me mata [...]”AF1

“[...] eu já fui expulsa de casa quando eu engravidei, mas meu pai me deu outra chance [...] não posso de jeito nenhum vacilar agora”AF2

“Minha mãe fez um terrorismo quando falou de sexo comigo. Até parece que sexo é ruim, não é?”AM1

“É difícil falar com meu pai, porque ele não sabe ouvir, fica falando, falando, aí já viu, né?”AM2

“A minha mãe conversa comigo tudo que eu pergunto [...] mas com a senhora é diferente [...] Eu posso voltar?”AF3

“[...] fiquei calada quando mamãe perguntou se eu tinha namorado, mas acho que a culpa foi dela [...] foi falando zangada, nem olhou pra mim.”AF4

“Todo mundo devia falar de sexo assim, que nem a senhora fala, deixa a gente à vontade e com condição de perguntar o que quiser”AM1

“A senhora podia ficar mais tempo aqui no Colégio, essa sala é muito importante”AF1

“Eu vou voltar aqui, com certeza, ainda tem muita coisa que eu quero saber”AF2

Sobre o uso de tecnologias no plantão

A comunicação com os adolescentes sobre o tema DST/HIV/AIDS foi conduzida utilizando também várias tecnologias (Figuras 8, 9, 10 e 11). Elas facilitaram a aprendizagem diante da temática e estimularam o debate e a participação dos adolescentes na produção de conhecimentos, tal como é evidenciado nos depoimentos:

“Essa árvore do prazer diz tudo o que é bom [...]”AM1

“[...] Pensei que fosse errar tudo no mural [...] ver as fotos fixa melhor, picada de mosquito não passa Aids, e nem comer com a colher de quem está com Aids [...]”AM2

“Gostei dessa animação, brinca sobre a colocação da camisinha [...]”AF1

“Ai, como é quentinho (risos), bom saber que mesmo de camisinha vai continuar quentinho (risos).”AF2

“Mas e por que todo mundo diz que a relação é ruim de camisinha? Pelo que eu estou vendo dá pra continuar sentindo tudo.”AF3



Figura 8 – Árvore do Prazer



Figura 9 – Mural Assim Pega, Assim Não Pega



Figura 10 – Mesa com folders e preservativos



Figura 11 – Mural com panfletos informativos

5.4 As dificuldades enfrentadas no plantão e o que aprendemos com elas

Abordar a sexualidade no ambiente escolar não foi uma tarefa fácil. Embora a gestão escolar tenha se apresentado como principal parceira deste estudo é preciso pontuar que durante a execução do plantão alguns pais mostraram-se resistentes em autorizar que os filhos adolescentes participassem de todos os encontros do plantão.

Ao assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido os responsáveis legais dos adolescentes autorizaram a participação dos filhos em todas as etapas do estudo, no entanto, após a primeira participação no plantão, foi observado que muitos adolescentes não retornavam para o segundo encontro.

Questionados pela pesquisadora sobre os motivos da ausência no plantão, os adolescentes faltosos respondiam: *'meu pai, minha mãe não me deixa mais participar'*.

Sem compreender os motivos da não autorização dos adolescentes para dar continuidade ao plantão, a escola buscou auxiliar a pesquisadora neste entendimento e enviou um comunicado aos pais dos alunos faltosos ao plantão questionando o porquê das ausências ao segundo agendamento.

De acordo com a direção da escola o principal motivo alegado pelos pais foi o religioso. Ao retornarem para casa os pais questionavam sobre o *plantão educativo*, momento em que os adolescentes informavam sobre o conteúdo discutido junto à enfermeira. Quando informados pelos filhos que dentre a troca de informações estava a abordagem da sexualidade,

decidiram por conta própria que tal abordagem não era compatível aos preceitos religiosos da família, e, assim, seria necessário interromper este tipo de abordagem com o adolescente.

Interessante foi verificar que, ao perguntar para os adolescentes se eles gostariam de continuar participando a resposta era sempre afirmativa, mas como dependiam dos pais para se deslocarem até a escola e não poderiam contrapor às suas ordens, não tinham como estarem presentes no segundo agendamento, uma vez que os encontros do plantão foram realizados no contra turno escolar.

Mais uma vez a pesquisadora solicitou a ajuda da escola para novos encontros com os pais dos adolescentes faltosos na tentativa de sensibilizá-los sobre a importância de continuar os agendamentos no plantão, e, de mais uma vez falar sobre os objetivos do estudo.

Todavia, antes mesmo que a pesquisadora se reunisse novamente com os pais destes adolescentes, outra dificuldade se sobressaiu neste momento: o fato de ser um colégio militar levou à direção da escola a convocar todos os adolescentes faltosos a comparecerem ao segundo agendamento do plantão, contra a decisão dos pais, o que foi um momento de grande tensão para a pesquisadora deste estudo.

Por ser um estudo de caráter emancipatório, como enfrentar o modo autoritário da escola diante de delicada situação? Ademais a direção estava irredutível em aceitar e entender a opção dos pais.

Naquela ocasião, a pesquisadora procurou o diretor do colégio militar e ratificou sobre a alegria na parceria obtida junto à escola desde o início da intervenção, contudo, reafirmou a importância de manter a opção emancipatória no processo pedagógico conduzido com os adolescentes no ambiente escolar, ainda que a escola fosse caracterizada pela obediência e disciplina da hierarquia militar.

Também foi enfatizado para o diretor, que o fato de alguns pais não mais autorizar a participação dos filhos no plantão poderia estar relacionado com o desconhecimento que têm sobre a importância das ações educativas com adolescentes, especialmente aquelas que abordam a sexualidade, e, que isto poderia provocar nos pais um efeito contrário, como relatado pelos próprios pais à direção da escola.

Nesta perspectiva, embora não muito satisfeito, o diretor da escola autorizou a pesquisadora a conversar abertamente com os pais em questão em mais uma tentativa. Os pais foram convocados e após quase uma hora de diálogo entre pais, pesquisadora, escola e grupo de adolescentes multiplicadores, elaborou-se um novo entendimento junto aos pais sobre a importância da participação dos adolescentes para estimular a manutenção de

comportamentos de saúde, e, foram explicitamente convocados a também se comunicar com os filhos, independentemente de opção ou crença religiosa.

Após esse episódio, os adolescentes faltosos retornaram para o segundo agendamento, e foi possível mostrar para a escola a importância do diálogo na educação em saúde, especialmente quando se faz necessário agregar os pais também como parceiros nas ações de educação em saúde.

Fato interessante, importante ser destacado, foi a visita do Major (diretor da escola) ao *plantão educativo* espontaneamente, para obter informações sobre as formas de transmissão de DST/HIV/AIDS.

Durante esta visita dois alunos do grupo de adolescentes multiplicadores compartilharam informações com o diretor sobre a transmissão de DST/HIV/AIDS, inclusive aplicando a oficina ‘Assim Pega, Assim Não Pega’ para fixação do conhecimento do diretor.

O *plantão educativo* recebeu também um convite formal do comando geral da PMMA para replicar o estudo no Colégio Militar da capital do Estado, São Luis.

Ao término do *plantão educativo* cada adolescente participante recebeu um broche, caracterizado por um laço vermelho de tecido, confeccionado pelos multiplicadores (ANEXO B). Os adolescentes foram estimulados a utilizar o broche na escola, a fim de gerar entre outros adolescentes e os funcionários do colégio a solidariedade e o seu comprometimento na luta contra o HIV e a Aids.

Ademais, o fechamento do plantão foi realizado através da elaboração de uma cartilha sobre DST/AIDS pelos adolescentes multiplicadores, a qual foi distribuída para todos os demais adolescentes do colégio não participantes do *plantão educativo*. A cartilha contemplou um diálogo entre adolescentes sobre o conhecimento, os comportamentos, as atitudes e práticas frente às DST/HIV/AIDS (ANEXO C).

6 DISCUSSÃO

Os adolescentes desse estudo apresentaram média de idade de 15 anos correspondendo a 69,2% de todos os entrevistados. Esta idade é de grande vulnerabilidade à infecção por DST/HIV/AIDS, devido às características inerentes da adolescência, pela inexperiência que os adolescentes têm de lidar com os seus próprios sentimentos e com o sentimento do parceiro (a); por nem sempre, possuírem habilidades necessárias para a tomada de decisões e serem responsáveis por elas ao se envolverem em relacionamentos afetivos e sexuais de risco (FERREIRA *et al.*, 2007; HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009). Tal achado se aproxima da média de idade de estudos similares, onde a maioria dos adolescentes participantes apresenta-se nesta idade (MOTA; ROCHA, 2008; MARTINS *et al.*, 2011).

Dos 250 adolescentes participantes do estudo, obteve-se predominância do sexo feminino (52,4%), participação predominante de meninas foi evidenciado também nos estudo de Romero *et al.*, 2007; Silveira *et al.*, 2011). A presença feminina no estudo possibilitou incluir no planejamento do *plantão educativo* pontos específicos, uma vez que, se vivencia profundas mudanças na estrutura social, até mesmo na aceitação da sexualidade das adolescentes, e, com isso, o início das relações sexuais.

Dentre as respostas referentes à cor, 56,8% dos adolescentes auto declararam-se pardos. Especificamente em relação ao município de Imperatriz a maior proporção de adolescentes pardos apresenta-se compatível com o censo 2010 (IBGE, 2011), não sugerindo, pois, se tratar de uma população de adolescentes excluída socialmente.

A respeito da situação conjugal, 75,6% referiu estar solteiro (a) sem parceiro fixo, destacando-se neste resultado maior proporção entre as meninas. Autores consultados pontuam que adolescentes solteiros sem parceiro fixo, são mais inclinados para relacionamentos com múltiplos parceiros, aumentando, desta maneira as chances de aquisição às DST/HIV/AIDS (BARRETO; SANTOS, 2009; LOPES *et al.*, 2011).

Vale lembrar que a meninas tendem a declarar seus relacionamentos como fixos, com o estabelecimento de namoro. A trajetória afetivo-sexual das adolescentes para a primeira relação sexual remete a um código de relacionamento: ficar/namorar. O ‘ficar’ privilegia o presente e, por conseguinte, pressupõe envolvimento passageiro, enquanto que o ‘namoro’ configura um compromisso pautado por respeito e fidelidade, e, portanto, um relacionamento fixo.

Mencione-se que é possível observar entre os sexos novos direcionamentos afetivos, onde a menina assume diante da sociedade a casualidade nos relacionamentos, e

consequentemente a exposição ao risco à sua saúde. Este resultado aproxima-se de estudos recentes (HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011) que sinalizam esta nova configuração da situação conjugal entre os adolescentes, especialmente quando se compara com décadas passadas, quando deixar de ser virgem antes do casamento era tido como motivo de desonra para a adolescente e a família. Logo, inibições e estigmas estão diminuindo, e a atividade sexual com parceiros casuais entre as adolescentes, aumentando.

Quanto à religião 51,2% dos adolescentes referiram ser católicos, corroborando aos dados censitários (IBGE, 2011) em que a religião predominante do Brasil permanece sendo a católica. As relações entre religião, namoro e outros tipos de relacionamento afetivo ainda são pouco investigadas no Brasil. Entretanto, é cada vez mais ascendente o número de estudos que envolvem a influência da religião na vida sexual de adolescentes. Estudo dirigido por Caliani; Otani (2009); Ferreira (2010) relata que a religião constitui-se em fator importante no que diz respeito à vida sexual, assinalando que adolescentes praticantes de uma religião são menos propensos a se iniciarem na vida sexual neste período.

Em relação à escolaridade dos pais, a proporção estatisticamente significativa daqueles mais instruídos esteve entre os pais dos meninos ($p=0,00$). A escolaridade é um fator contribuinte para a comunicação entre pais e filhos, considerada, pois, positiva para a aquisição de informações corretas e para a aproximação com os filhos adolescentes (ROEHRS *et al.*, 2007; BRÊTAS *et al.*, 2011). Ressalte-se que neste estudo, os adolescentes apresentaram aumento do uso de preservativos e de conhecimentos sobre as medidas preventivas em relação às DST/AIDS.

Estudos indicam que pais que possuem maior nível de instrução educacional apresentam maior facilidade para discutir e orientar seus filhos com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão frequentes durante a adolescência (ALMEIDA; CENTA, 2009; BAGGIO *et al.*, 2009).

O resultado do presente estudo indicando maior escolaridade entre os pais dos meninos pode sugerir maior facilidade na comunicação com os filhos do sexo masculino, uma vez que, envolve fortemente as relações de gênero, moldadas pelo próprio significado atribuído culturalmente à sexualidade masculina, e, portanto, a abordagem é naturalmente aceita diante da família e sociedade.

O estudo mostrou que a renda familiar de 46,0% dos adolescentes é de um até três salários mínimos. Estudos efetuados (DESSUNTI; REIS, 2007; DÁVILA *et al.*, 2008) mostram que do ponto de vista social ter menor nível econômico está relacionado a fatores

como a baixa idade nas primeiras relações sexuais, à multiplicidade de parceiros e não adesão às atitudes de proteção às DST/HIV/AIDS. Estes fatores foram encontrados nos adolescentes do estudo antes do *plantão educativo*.

A maioria dos adolescentes (79,6%) referiu que a escola não indica Postos de Saúde que possam ser utilizados para o atendimento das necessidades de saúde, incluindo a prevenção de doenças.

Apesar desta situação, entre os que disseram receber indicação pela escola, parcela significativa (50,8%) entre as meninas que relataram utilizar o atendimento de Postos de Saúde, responderam usá-los para outros tipos de atendimentos não relacionados às ações de promoção e educação em saúde. Alguns estudos ressaltam a diferença de utilização dos serviços de saúde conforme o sexo. Isto significa que a procura pelos Postos de Saúde é maior entre as mulheres devido à maior frequência da auto-avaliação do estado de saúde que realizam (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008; BALBINO, 2010).

Fato é que há um consenso dos estudos realizados que a mulher possui maior preocupação em relação à sua saúde, quando comparado aos homens. Entretanto, é de conhecimento que os eventos relativos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres exigem e levam à procura dos serviços de saúde (HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009; LUNA *et al.*, 2012).

Estudo efetuado com adolescentes alemães descobriu que os meninos são menos propensos a revelarem seus problemas de saúde para os outros e a pedirem ajuda, ao contrário das meninas (BARNET *et al.*, 2009).

Para elucidar esse fato, foram detectados dois estudos sobre a utilização dos serviços de saúde por adolescentes que identificaram que a maior procura por esses serviços é do sexo feminino, em contrapartida, os meninos têm mais dificuldade para procurar atendimento (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008; PÉREZ-VILLEGAS *et al.*, 2012).

De acordo com Ferrari; Thomson; Melchior (2008) a utilização dos serviços de saúde compreende o contato com os serviços de saúde. A utilização é resultante da interação do comportamento do indivíduo que demanda cuidados e do profissional que orienta através do sistema de saúde.

A falta de referência dos serviços de saúde pode contribuir para dificultar o acesso do adolescente a estes serviços, fundamentais para o atendimento às necessidades básicas de saúde. Estudo de Koerich *et al.* (2011) ressalta que quando o adolescente possui o conhecimento e a referência destes serviços tem a possibilidade de procurar assistência adequada não somente em situações de doenças, como também para a prevenção de vários

agravos à sua saúde, tais como DST/HIV/AIDS. O adolescente bem assistido em todos os aspectos referentes a esta etapa da vida, possivelmente apresentará melhor qualidade de vida.

Vale ressaltar que embora a escola possua como principal atribuição o ensino, também é instigada a trabalhar junto aos escolares as questões de saúde. Portanto, é fundamental adquirir parcerias com os serviços e profissionais de saúde para atingir este objetivo. Esta parceria é importante uma vez que os adolescentes têm necessidades e expectativas peculiares, costumam não valorizar sintomas que consideram não serem muito graves e que não sejam físicos, e tendem a não aderir tanto às ações de prevenção quanto às de tratamento (DEMARZO; AQILANTE, 2008).

Logo, também é papel da escola conduzir informações aos adolescentes sobre a importância de procurar os serviços e profissionais de saúde, especialmente para a promoção de sua saúde. É tão importante esta parceria que os resultados deste estudo indicaram que 98,3% dos adolescentes escolares consideram importante ter um profissional de saúde na escola. Esta situação reforça a atuação do profissional de saúde quanto à prevenção de riscos e à promoção da saúde do adolescente. O resultado do *plantão educativo* demonstrou que nenhum adolescente relatou não ter aproveitado dessa oportunidade ofertada pela escola.

Entretanto, a literatura aponta que a implementação dessas ações pelos profissionais de saúde não é simples, uma vez que se percebe que os adolescentes não adentram cotidianamente os Postos de Saúde o que têm revelado dificuldades em vincular os adolescentes às ações propostas neste ambiente, tornando urgente a necessidade de inseri-los em seus ambientes naturais, tal como na escola (GOULART, 2006; LOPES *et al.*, 2007).

Embora os adolescentes possuam resistência a procurar os serviços de saúde, verifica-se neste estudo, nas suas respostas positivas diante da presença do profissional de saúde no ambiente escolar, a carência e ausência que possuem da atenção deste profissional no atendimento das suas necessidades.

Resta (2012) destaca que a presença de um profissional de saúde na escola expõe a potencialidade de um planejamento conjunto entre educação e saúde, abre um espaço interessante para a intervenção do setor saúde, cuja finalidade é implementar ações integrais para o bem estar dos adolescentes.

Embora a participação do grupo de adolescentes tenha sido essencial, estudos assinalam que a abordagem feita por profissionais de saúde sobre temas que se relacionam à sexualidade humana, distingue-se de outras experiências educativas, como da família, porque constitui uma ação intencional e planejada. O profissional de saúde que lida com adolescente diferencia-se dos demais profissionais, porque mantém um comportamento que o aproxima

dos adolescentes, uma vez que estão sempre veiculando mensagens relacionadas ao desacerto corpo *versus* mente, e, pelo simples fato de estabelecerem relações de convivência com adolescentes (KURBY, 2007; BESERRA *et al.*, 2008; GOMES *et al.*, 2010).

O profissional de saúde oferece informações atualizadas e discute junto ao adolescente, questões que podem ser abordadas de diversos pontos de vista, permitindo que faça a avaliação das suas crenças, atitudes e comportamentos, auxiliando-o a encontrar pontos de referência significativos para sua vida (SOUZA *et al.*, 2007).

A escola participante do estudo não dispõe de um profissional de saúde, todavia, uma enfermeira foi agregada ao espaço escolar, com destaque para a importância da sua práxis como educadora em saúde. Esta inclusão foi uma nova possibilidade para a inserção de práticas de promoção da saúde no contexto escolar. As habilidades e competências da profissional apresentaram-se no campo da educação em saúde na promoção de um espaço dialógico, de construção da consciência crítica-reflexiva com adolescentes escolares, visando conhecimento e adoção de comportamento seguro frente às DST/HIV/AIDS.

Corroborando a realidade deste estudo autores pontuam que as ações que são realizadas designadas como “saúde do escolar” buscam proporcionar condições adequadas à realização do processo educacional que requer condições mínimas de saúde (SILVA *et al.*, 2007; SISTON; VARGAS, 2007). Estas ações também reafirmam as recomendações das políticas públicas de atenção à saúde do adolescente, uma vez que o ambiente escolar enquanto serviço de orientação sexual e reprodutiva para adolescentes necessita de preparo para entender e atender a essas especificidades, proporcionando ao adolescente o direito a uma atenção eficaz e de qualidade por profissionais de saúde capacitados, para esclarecer e contribuir para atenuar medos e ansios, relativos à sexualidade.

A inclusão do enfermeiro na escola mostra-se como um dos elementos fundamentais para o processo de construção e mudança de comportamento entre os adolescentes participantes do estudo. Apesar de a escola procurar adequar-se em meio a possibilidades de aprimoramento de sua prática e integração ao cuidado dos adolescentes, algumas pesquisas (BRÊTAS *et al.*, 2011; PÉREZ-VILLEGAS *et al.*, 2012) mostram dificuldades relacionadas à saúde do escolar entre os professores, citando-se principalmente a ausência de profissionais de saúde trabalhando nas escolas.

Pressupõe-se, portanto, que os professores gostariam de ter os profissionais de saúde dando subsídio às práticas de saúde ali desenvolvidas. Rocha Chagas (2009) evidenciou que os profissionais da educação sentem-se muitas vezes incapazes de resolver as demandas de

saúde trazidas pelos alunos, e buscam somar esforços para a promoção da saúde dos adolescentes, mesmo que muitas vezes não percebam a situação por essa ótica.

Estudo executado por Moskovic; Calvetti (2008) ratifica sobre a importância da inclusão do profissional de saúde na escola para a aquisição de informações corretas. Nesse estudo, os adolescentes não procuram os profissionais de saúde como fonte primária de informações para a promoção da saúde, diferentemente quando se trata de sinais ou sintomas percebidos de doenças. Entende-se que incluir o profissional de saúde no espaço escolar, contribuirá para uma mudança cultural, passando a ser visto como um promotor de saúde.

Com base nos resultados deste estudo, nota-se que os profissionais de saúde não são considerados no topo das prioridades das fontes de informações que mais acreditam. Mais uma vez estes dados expõem a importância dada pelos adolescentes para outras fontes, e levam à reflexão e indagações sobre a atuação dos profissionais de saúde junto aos adolescentes.

Ao consultar a literatura pode-se verificar que os profissionais de saúde também são pouco citados como fonte de informação para os adolescentes quando se trata de DST/HIV/AIDS (CAMARGO; BOTELHO, 2007; ROMERO *et al.*, 2007).

Para estudiosos do tema, os adolescentes raramente procuram os profissionais de saúde, uma vez que, na sua concepção, os profissionais geralmente, estão associados a doenças e à necessidade de consultas médicas (CALIANI; OTANI, 2008; SILVEIRA, 2011).

Outro fato importante a se destacar é que muitos profissionais de saúde tratam o adolescente como alguém comum. Logo, torna-se mais difícil chegar à essência dos processos mais vivos de sua constituição enquanto adolescente. Paradoxalmente, são perdidas ricas possibilidades de participar da construção das identidades e de fortalecer o poder transformador dos adolescentes e de seus pares, no que se refere à saúde.

Outro aspecto prende-se aos esterótipos de julgamento dos adolescentes como pessoas em conflito, sem escuta ativa, e assim os colocam em situação de problemático. Estas atitudes afastam o adolescente do profissional de saúde, minando qualquer possibilidade de escuta e de abertura para processos de mudança.

Além dessa reflexão, estudos consultados mencionam que os profissionais de saúde possuem o desafio de substituir a atitude modeladora por uma atitude emancipadora nas práticas educativas junto aos adolescentes; deixar de ser detentor do saber e passar a ser facilitador para o saber (SOARES; AMARAL; SILVA, 2008; OLIVEIRA, 2011). Ponderar sobre o contexto favorável à harmonia entre educador e educando, ao compartilhamento eficaz das problemáticas e da criatividade individual e coletiva à procura de soluções, e

escolhê-los como estratégia frente a outros métodos modeladores, é uma das maneiras de enfrentar este desafio.

Outros estudos desvendaram que a procura pelos profissionais de saúde tem um modo mais curativo do que preventivo, sugerindo que o pretexto pelo qual o adolescente os procura não vai além dos problemas clínicos (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009; BALBINO, 2010). É presumível que essa circunstância esteja relacionada à inexistência de oferta e de divulgação de ações de promoção da saúde com as necessidades desse grupo.

Conforme evidenciado, é função dos profissionais de saúde acolher, escutar, atender os adolescentes e orientá-los quanto à sexualidade e quanto às DST/HIV/AIDS. Também é importante destacar que, embora adolescentes do sexo feminino e, mais ainda, do sexo masculino procurem com menor frequência os serviços e profissionais de saúde, não descartam o desejo de ter esse espaço e o profissional de saúde para buscar informações e receber apoio.

Para tanto, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde generalistas em suas áreas de atuação, devem agir na reformulação dos conhecimentos insuficientes, a fim de favorecer as ações de promoção e prevenção à saúde para o enfrentamento da vulnerabilidade que compromete o bem estar adolescente (NICHIAI *et al.*, 2008).

Ademais, quando as ações são sistematizadas de forma conjunta com o setor saúde, poderão trazer ganhos e inovações nas estratégias e na continuidade das experiências bem sucedidas, até então desenvolvidas, de modo pontual (CIPRIANO; FARIAS; ABRANTES, 2007). Logo, evidentemente, a escola se revela como um espaço rico para ações promotoras da saúde dos adolescentes, que podem ser potencializadas, se construídas em parceria com os profissionais de saúde.

Além da importância de ter um profissional de saúde na escola, os adolescentes relataram desconhecimento na obtenção de informações sobre medidas preventivas no site do Programa Nacional DST – AIDS e Hepatites Virais. Entre os entrevistados, 92,4% responderam que não conhecem o site www.aids.gov.br. Para prevenir e controlar a epidemia de Aids e outras DST é necessário buscar, compartilhar informações corretas e encaminhar adequadamente para a detecção e o tratamento.

O Programa Nacional DST – AIDS e Hepatites Virais é referência mundial no tratamento e atenção a Aids e outras DST. Ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o Departamento trabalha para reduzir a transmissão do HIV/AIDS e das Hepatites Virais e promove a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2008).

Tal fato tem colaborado para que as informações contidas no site do Programa Nacional DST – AIDS e Hepatites Virais sejam usadas no Brasil como referência para o conhecimento e a multiplicação das informações corretas, tornando-se de grande importância para o entendimento da AIDS e DST.

A mídia, por meio do rádio, televisão e jornal foi outra fonte de informações indicadas pelos adolescentes para o tema DST/HIV/AIDS.

Achado similar foi encontrado em pesquisa nacional e confirma que a busca de informações por meio dos jornais, do rádio e da televisão é bastante frequente entre os adolescentes (MORAES; VITALLE, 2012). Desta forma, pode-se inferir que os meios midiáticos tornaram-se uma das principais fontes de informação para o adolescente em se tratando de saúde e sexualidade.

Autores consultados apontam que é preciso voltar-se para a importância dos meios midiáticos nas práticas e atitudes dos adolescentes, visto que cada vez mais um número significativo de adolescentes procura informações nestas fontes (BERGER; LUCKMANN, 2009; ZUCCO; MINAYO, 2009).

Todavia, segundo Martins *et al.*, (2012), além de fornecer informação, é necessário se aproximar e conhecer o universo dos adolescentes para descobrir as causas da divergência existente entre conhecimento e comportamento. Torna-se fundamental proporcionar espaços de discussão entre os jovens, em que a troca de experiências e a reflexão possa realmente levar à adesão a comportamentos sexuais saudáveis.

Moraes; Vitalle (2012) constatou que embora existam contradições do produto da mídia em relação à sua função pública de informar, ela é composta por programas que estimulam modelos de comportamento, incentivam e desencadeiam inúmeras informações, agindo como formadora de opinião importante para os adolescentes.

Deste modo, os meios de comunicação são fonte de informação para vários temas de interesse dos adolescentes. A mídia é capaz de gerar novas interações, novos significados sobre a realidade e provocar impacto na socialização. Sob a perspectiva da prevenção de DST/HIV/AIDS na mídia, determinados autores conjecturam sobre inúmeras ações que poderiam ser realizadas, dentre as quais: utilizar as mídias para instituir dinâmicas de discussão através do diálogo com os adolescentes sobre a questão dos riscos e vulnerabilidades dos adolescentes às DST/HIV/AIDS e demonstrar-lhes atitudes e práticas condizentes à prevenção destas infecções (SOUZA *et al.*, 2007; NICHIAI *et al.*, 2008).

Ao mesmo tempo, a família aparece nos resultados deste estudo como importante interlocutora para o diálogo sobre informações de DST/HIV/AIDS, onde a mãe é a figura familiar mais referenciada pelos adolescentes.

Estudos consultados, com escopo similar detectaram sobre a importância da família para a orientação positiva dos adolescentes sobre sexualidade, DST/AIDS no contexto familiar, e não apenas por meio de amigos e da mídia (BRÊTAS *et al.*, 2011; RESSEL *et al.*, 2011).

Identificou-se, também, outras pesquisas que ressaltam a comunicação com a mãe ou outros familiares sobre sexualidade, DST/HIV/AIDS, como sendo primordial para os comportamentos, as atitudes e os valores dos adolescentes nos relacionamentos afetivo-sexuais (ROEHRS *et al.*, 2007; GUBERT *et al.*, 2013). Outro estudo com delineamento longitudinal destaca ainda que os adolescentes que possuem facilidade na comunicação com as suas mães têm predisposição a estabelecer maior diálogo sobre seus relacionamentos com os parceiros (ABOIM, 2012).

Somado a isto, estudos prévios têm destacado que se deve ponderar o fato de que embora a família timidamente dê abertura para dialogar com os filhos adolescentes sobre o exercício da sua sexualidade, esta interlocução ainda é vista com reservas em nossa sociedade, já que, ainda existe o preconceito pelas gerações passadas que embasam a sexualidade em crenças e associam-na à moralidade, onde qualquer conduta fora dos padrões dos “bons costumes” é considerada desviante ou comportamento impuro, tornando a família muitas vezes insegura para dialogar com os filhos sobre este conteúdo (BAGGIO *et al.*, 2009; LYERLY; BRUNNER, 2013).

Autores em discussão chegaram, pois, ao consenso de que a família precisa ser compreendida em sua historicidade e permanente mudança, envolvendo finalidades, estruturas, conformações e significados diversos, bem como compromissos mútuos, interações, desempenho de papéis e transmissão de cultura, hábitos, valores e modos de vida (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2008; BUSTOS *et al.*, 2011). Todavia é importante que a família coloque o discurso na contemporaneidade da sociedade para promover o diálogo aberto e sem preconceito com os seus filhos. Para isto, ela também precisa estar preparada.

Uma explicação plausível para que a família seja referida pelos adolescentes do estudo como confiável, é o fato de possuir na sua gênese a função de cuidar e de direcionar os filhos por meio da oportunidade de diálogo entre pais/mães e filhos (as). Os manuscritos encontrados reafirmam que a família deve se tornar um espaço de trocas a fim de possibilitar

a discussão e a apreensão de orientações corretas que venham esclarecer e apoiar os adolescentes em relação ao seu comportamento, de tal maneira que assegure a vivência da sexualidade saudável e sem medo (ALMEIDA; CENTA, 2009; RESSEL *et al.*, 2011).

Ainda conforme outra investigação realizada sobre a relação adolescente, informação e família, esses distinguem a importância do diálogo com os pais para seu direcionamento e formação para comportamentos e a vida adulta (DESSUNTI; REIS, 2007).

Segundo os adolescentes desta pesquisa os amigos também são considerados fontes importantes sobre DST/HIV/AIDS e sexualidade. A favor deste resultado, ao consultar a literatura, identificaram-se estudos com resultados similares sobre as características da adolescência, sentido de formação de identidade junto aos pares, relação confiança, vínculos, etc. (MARTA *et al.*, 2008; BAGGIO *et al.*, 2009).

Os amigos são procurados para compartilhar experiências e ouvir opiniões sobre as dificuldades nos relacionamentos afetivo-sexuais. Esta preferência se deve ao fato de estarem passando por momentos semelhantes em virtude da fase adolescente. Desta forma, é natural e compreensível que os adolescentes sintam-se à vontade para dialogar sobre dúvidas, medos e outras inquietações entre pares (CALAZANS *et al.*, 2006).

Em São Paulo, desenvolveu-se uma investigação com 383 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, cujo objetivo foi identificar com quem os jovens compartilhavam informações e dialogavam sobre sexualidade, DST/AIDS. O principal resultado evidenciou os amigos como as pessoas mais solicitadas para abordar essas questões (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006).

Estudo nacional também identificou que os amigos são as principais fontes dos adolescentes para trocarem informações sobre saúde sexual, cuja preferência se justificou devido acreditarem que a diferença geracional impede os pais/mães de compreenderem os filhos na adolescência (NJAINÉ *et al.*, 2011).

Na escola, os adolescentes referiram as aulas, os eventos realizados e as palestras com profissionais de saúde, como as principais fontes do conhecimento sobre DST/HIV/AIDS. Corroborando a este resultado, estudo realizado em Teresina – PI enfatiza que, a escola é considerada uma das fontes de informações sobre saúde mais citadas entre os adolescentes (RASCHE, 2012).

Outro estudo realizado evidencia que 85,9% de adolescentes escolares relataram ter participado em algum momento, na escola, de grupos com atividades educativas voltadas à sexualidade, demonstrando assim, o papel da escola na promoção da educação sexual (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

A função educativa da escola se concretiza em eixos de intervenção, ao provocar e facilitar a reconstrução dos conhecimentos e a disposição para o autocuidado, ao mesmo tempo em que direciona e prepara os adolescentes a pensar e agir criticamente sobre sua saúde.

De acordo com autores consultados a escola é o ambiente propício para o desenvolvimento da educação sexual, a fim de promover no adolescente o senso de auto-responsabilidade e compromisso para sua própria sexualidade (BASTABLE, 2010; MAIA *et al.*, 2012).

O fato de referirem neste estudo, as aulas como uma das fontes de informações, remete à reflexão sobre a necessidade de qualificação dos professores para abordar temas sobre sexualidade e DST/HIV/AIDS. Estudo efetuado com professores do ensino médio revelou que eles reconhecem a importância dos temas relacionados à sexualidade, no entanto, a maioria não possui conhecimentos suficientes para promover orientação sexual aos adolescentes, voltando-se, portanto, aos aspectos biológicos da sexualidade, em detrimento dos sentimentos e valores que a envolvem (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Estudo realizado com 283 adolescentes do ensino médio de escolas públicas e particulares de Porto Alegre – RS demonstrou que os adolescentes reconhecem a escola como adequada para orientá-los sobre assuntos voltados aos relacionamentos afetivo-sexuais. Sob esta ótica, os estudantes recomendam que a escola promova espaços permanentes para esclarecimentos das suas dúvidas relativas à sexualidade (SOARES; LOPES; NJAINE, 2013).

O presente estudo também revelou que os assuntos mais discutidos na escola estão relacionados à sexualidade (70%), DST/HIV (54%), gravidez (48,0%) e conhecimento sobre o corpo (44,4%).

Nesta perspectiva, pondera-se que a parceria entre escolas e serviços de saúde, sobretudo na atenção básica, pode ser uma rica estratégia para o desenvolvimento de ações de educação em saúde para informação, esclarecimento e apoio aos adolescentes, no que diz respeito à sexualidade e à prevenção de DST/HIV/AIDS. Dessa forma, atende ao recomendado à implantação de políticas públicas para os adolescentes, que vem sendo elaboradas desde 1989, e trazem como temas discussões para os adolescentes sobre saúde, sexualidade e prevenção da gravidez precoce e infecções por DST/HIV.

Quanto aos comportamentos sexuais dos adolescentes do estudo, antes da intervenção, cabe frisar que 58% referiram não possuir vida sexualmente ativa. Outro aspecto significativo do estudo entre os que disseram possuir relações sexuais, é que a média de idade da primeira relação sexual é 13,7 anos. Este resultado diverge da idade média de iniciação sexual em

outros estudos nacionais, cerca de dois anos maior, em ambos os sexos (MOTA; ROCHA, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Cabe ressaltar que a idade média de iniciação sexual do estudo, tem relação com o fato de que a maioria da amostra da população do estudo relatou não ter tido relações sexuais. Fato é que a análise da distribuição etária de evento de vida apreciando somente os que já o tenham vivenciado, com a inclusão diferencial daqueles para os quais isso aconteceu de forma precoce, implica em uma subestimação do valor médio, em especial se esses correspondem a uma minoria.

Estudos enfatizam que o início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para a prevenção às DST/AIDS (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2008; PIROTTA *et al.*, 2008). O início precoce da vida sexual, associado às condições como a falta de informações sobre DST/AIDS, imaturidade e a despreocupação com uma gravidez precoce tornam o adolescente vulnerável a um comportamento de risco. Diante disto, a prevenção adquire pouca ou nenhuma importância para adolescentes nessa circunstância.

Estudo realizado com adolescentes escolares em Panambi - RS revelou que o exercício da sexualidade colabora para o conhecimento do corpo em transformação na puberdade (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008). À proporção em que o exercício da sexualidade ocorre dá-se início à aceitação das transformações pubertárias, reduzindo significativamente alguns sentimentos de timidez, constrangimento e de estranheza diante do corpo e da nova pessoa.

Autores consultados asseveram que a evolução da sexualidade traz consigo o exercício da genitalidade, colocando os adolescentes diante dos impulsos sexuais que deverão ser vivenciados (CAMPO-ARIAS; CEBALLO; HERAZO, 2010). Além disso, saliente-se que a relação sexual traz consigo conseqüências para a vida dos adolescentes, tais como, gravidez precoce e DST/AIDS.

A literatura se posiciona sobre a iniciação sexual indicando que não existe um momento exato, uma vez que é uma questão pessoal, e, portanto, depende individualmente de cada um (CARMO; VAN DER SAND, 2007).

Na esfera da iniciação sexual, emergem situações as quais o adolescente, não tem condições efetivas de lidar, social e psicologicamente, como por exemplo, uma gravidez indesejada, uma DST, um sofrimento devido ao abandono do companheiro (a). Tudo isto deriva da falta de preparo que a família e também o meio social do adolescente muitas vezes, não possui para acolher os seus desejos e anseios (DÁVILA, 2008).

Quanto à declaração de uso de contracepção na primeira relação sexual, 42,7% dos adolescentes entrevistados afirmaram ter utilizado, e destes, 47,8% foram os meninos. É

importante considerar que o estudo foi realizado em ambiente escolar, e aliado ao formato auto-aplicável do instrumento, pode ter colaborado para superestimar o efeito de interesse dos adolescentes a responder aquilo que considerassem como a alternativa correta ou mais adequada sobre o uso de contraceptivos na primeira relação sexual.

Corroborando à média de idade da primeira relação sexual deste estudo (13,7 anos), a literatura delinea que os adolescentes de ambos os sexos têm predisposição ao menor uso de anticoncepção, quando a idade da iniciação sexual é inferior a 15 anos (FERREIRA *et al.*, 2007; BENINCASA, REZENDE, CONIARIC, 2008). A pouca idade do adolescente relacionada entre outras condições à instabilidade e suscetibilidade às influências grupais, e ao pensamento abstrato, leva-os a se sentirem invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever suas consequências.

Praticar sexo, na concepção de muitos adolescentes, abrange sentimentos de imunidade relacionados à DST/HIV e gravidez. Desta forma, é esperado que em muitas situações, não se inquietem com o fator prevenção, onde as informações apresentam-se dissociadas das ações e consequências (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008).

Na investigação ora apresentada, 60,6% das meninas disseram que o parceiro da última relação sexual foi o namorado/noivo, ao passo que 51,5% dos meninos relataram ter sido o parceiro ficante/rolo. Este resultado pode sugerir uma preocupação da maioria das meninas em assegurar que a prática sexual ocorreu em um relacionamento estável, o que provavelmente, produz uma sensação de segurança diante de possíveis consequências da relação sexual.

Entretanto, outros estudos detectados evidenciam que a prática do ficar no discurso adolescente, significa não ter compromissos futuros, não criar expectativas nem vínculos definitivos. Portanto, é no ficar que eles ensaiam, descobrem, experimentam e conhecem sensações (FREITAS; DIAS, 2010; ADELITA *et al.*, 2012).

Saliente-se ainda o seguinte: ‘ficar’ esteve predominante entre os meninos deste estudo. Este novo tipo de comportamento entre os meninos, particularmente, proporciona a possibilidade de múltiplos parceiros (as), sem que nenhum deles sugira um compromisso mais sério (GUILAMO-RAMOS; BOURIS, 2009).

Na adolescência, para ‘ficar’ com alguém é necessário apenas desejo, o que ocasiona, pois, a multiplicidade de parceiros. Também este tipo de relacionamento pode acontecer em virtude de uma vontade explícita e impulsiva de um ou de ambos, que em muitos momentos deve-se ao estímulo dos amigos (BARNET *et al.*, 2009).

Deve-se considerar também que esta nova forma de relacionamento sugere que os parceiros tornem-se casuais. Ressalte-se que, no presente estudo, 63,2% dos meninos e 50% das meninas relataram possuir essa prática.

Nesta perspectiva, estudos realizados detectaram que uma vez aflorado o desejo para este tipo de prática, o uso do preservativo se apresenta na maioria das vezes de caráter não assertivo (MURAKAMI; PETRILLI FILHO; TELLES FILHO, 2007; FREITAS; DIAS, 2010).

Estudos efetuados em outros contextos, envolvendo adolescentes norte-americanos e suíços também demonstraram menor frequência de métodos contraceptivos na primeira relação sexual quando esta aconteceu em um relacionamento casual (KURBY; LARIS; ROLLERI, 2007; CHAGAS *et al.*, 2009; GUILAMO-RAMOS; BOURIS, 2009).

Outra questão problemática relacionada é a questão de gênero que, comprovou no estudo que 68% das meninas que mantém práticas sexuais com parceiros casuais não usam o preservativo. Esta análise contemplou os dois grupos separadamente, evidenciando que as meninas podem ser consideradas vulneráveis no plano social, visto à possível dificuldade de negociação do uso do preservativo com os seus parceiros.

Esse resultado foi evidenciado em outras pesquisas, demonstrando que as meninas são mais vulneráveis quando comparadas aos meninos, no que diz respeito ao uso do preservativo. Embora muitas mudanças e conquistas tenham ocorrido nos últimos anos, devido à revolução sexual, ainda prevalece uma forte assimetria de gênero entre as meninas que não se protegem e se expõem às DST/HIVAIDS (SALDANHA *et al.*, 2008; BARRETO; SANTOS, 2009).

Solicitar ao parceiro o uso do preservativo, simplesmente pode trazer à tona o desconforto da desconfiança, elevando, sobremaneira, a vulnerabilidade individual do gênero feminino. Logo, pode-se inferir que a resistência à utilização do preservativo pode trazer como consequência a infecção por DST/HIV/AIDS ou a gravidez precoce.

Ademais, é consenso entre autores consultados que, apesar de os adolescentes conhecerem os métodos para prevenir DST/AIDS, o que se verifica, contudo, é a relatividade da utilização do preservativo, já que o seu uso é comumente descuidado a partir do momento em que o parceiro passa a ser considerado conhecido e o relacionamento estável (DESSUNTI; REIS, 2007; JESUS *et al.*, 2011).

Adolescentes inclusive relatam em estudos similares que a falta de um planejamento prévio e de oportunidade para ter relações sexuais são considerados como outros fatores de risco para a prática de sexo desprotegido. O sexo na adolescência pode tornar-se um fenômeno inusitado e imprevisível, e, por isto, comumente, os métodos contraceptivos não

estão ao alcance dos sujeitos (SILVA *et al.*, 2008; MURTA *et al.*, 2012). Obviamente se o sexo parece estar associado, freqüentemente, às situações inesperadas e não-planejadas, é esperado que o adolescente não tenha o preservativo no momento da relação sexual.

De um modo geral, após a aplicação do *plantão educativo* notou-se algumas mudanças expressivas no conhecimento e nos comportamentos dos adolescentes, em relação às DST/HIV/AIDS. Como averiguado nesta pesquisa, o incremento no conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS esteve relacionado especialmente à importância de usar o preservativo nas relações sexuais para não se infectar; na compreensão que manter relações sexuais com múltiplos parceiros aumenta as chances de se infectar, que possuir uma DST amplia as possibilidades de adquirir HIV/AIDS, e, que as DST podem apresentar-se com sintomas distintos em homens e mulheres.

Em virtude da importância e complexidade destas infecções fica visível que aumentar os conhecimentos é um fator importante para a prevenção dessas. Saliente-se que a ampliação do conhecimento esteve relacionada às oportunidades criadas durante o *plantão educativo*, através do diálogo e compartilhamento de saberes e práticas.

Em consonância a estes resultados, estudos conduzidos pontuam que compartilhar saberes pré existentes é fundamental para o enfrentamento de problemas que comprometem os adolescentes (MOIZÉS; BUENO, 2010). Também a fragilidade de conhecimentos sobre DST entre os adolescentes, é inquietante e pode estar relacionada a pouca ou à falta de qualidade no ambiente escolar, familiar e de outras instituições formadoras de opinião

Acerca disto Fonseca *et al.*, (2010) conduziram um estudo no intuito de contribuir para a discussão sobre a educação sexual de adolescentes e jovens. O estudo revelou a importância da problematização para levantar questionamentos e conhecimentos pré estabelecidos dos jovens, a fim de expandir os conhecimentos e as opções para que cada um escolha o que é certo sobre sua saúde. Dessa forma, a orientação adequada para os adolescentes contribui para ampliar o conceito de sexualidade que geralmente está ligado apenas à relação sexual, e, traz novos conhecimentos, o que permite partilhar experiências e dar subsídios a escolhas responsáveis.

Assim, segundo Garbin; Garbin (2009) a abordagem de conhecimentos não deve ser desempenhada de forma que o adolescente seja passivo, mas de maneira a instituir oportunidades de auto-reflexão, a partir da qual ele possa se estabelecer como sujeito e exercer uma práxis crítica e transformadora da sua sexualidade.

A aprendizagem compartilhada contribui para a afirmação das idéias emancipatórias, a partir do respeito ao outro e às diferentes formas de exercer a sua sexualidade. Ademais,

facilita o debate entre os adolescentes a partir de dúvidas, opiniões e valores, remete à possibilidade de expandir os seus próprios recursos de autoproteção (CHOQUE-LARRAURI; CHIRINOS-CÁCERES, 2009). Contudo, é preciso lembrar que é necessário que haja continuidade das ações de conhecimento e prevenção desenvolvidas junto aos adolescentes, envolvendo instituições, tais como a escola, família e os serviços de saúde, com o objetivo de formá-los como agentes multiplicadores do conhecimento.

Estudos têm concluído que no auxílio da problematização, a utilização de materiais didáticos para abordar sexualidade e DST/AIDS, tais como, vídeos, cartazes, panfletos, cartilhas, oficinas, etc., são importantes porque suscitam perguntas sem dar repostas de imediato, possibilitando abrir o debate do conhecimento (BASTABLE, 2010).

Corroborando aos resultados desta investigação, a utilização de materiais didáticos aliada à atuação de profissionais de saúde, facilita a aprendizagem compartilhada nas instituições que envolvem os adolescentes, tal como a escola, e oportuniza uma ação unificada, articulada e reflexiva quanto à educação em saúde (SILVA *et al.*, 2008).

Percebe-se que, mesmo sendo a informação uma parte fundamental na educação sobre sexualidade e prevenção de DST/HIV/AIDS, a difusão do conhecimento para promoção de sexo seguro e saudável continua sendo ignorada e não tem conseguido provocar a mudança de comportamento desejada entre todos os jovens. Portanto, as intervenções devem ser pautadas para aumentar a capacidade de auto-regulação de conhecimentos compatíveis com comportamentos saudáveis (GONZÁLEZ MORA *et al.*, 2011).

Outro aspecto importante investigado acerca do conhecimento, antes e após o plantão educativo foi sobre as formas de transmissão da Aids. O fato de 96,4% dos adolescentes responderem corretamente sobre a transmissão da Aids após a intervenção é um indicador positivo da aplicabilidade deste espaço de discussão na escola.

Em conformidade a este resultado, alguns estudos destacam a importância da criação de espaços de discussão de vivências emocionais e sociais no ambiente escolar. Pensar na escola, atualmente, não apenas como um ambiente de aprendizagem teórica, mas também como um local privilegiado para a inclusão de conhecimentos sobre saúde sexual, tal como para a probabilidade de facilitar a transformação da atual situação de vulnerabilidades às DST/HIV/AIDS que muitos adolescentes vivenciam (CAMILO *et al.*, 2009; GOMES; HORTA, 2010).

Praticamente todos os estudos consultados que envolvem a saúde de adolescentes escolares e profissionais de saúde enfatizam que a escola deve priorizar a educação para a promoção da saúde, por meio de PCN, PSE, SPE, etc., visto que, permite uma educação para

a saúde consciente, regular e sistemática, parte do ensino para a preparação à vida (BRASIL, 2008; SOARES *et al.*, 2008; LOPES *et al.*, 2011).

Portanto, realizar na escola ações de promoção da saúde e prevenção de riscos na adolescência, responde à responsabilidade que educadores e profissionais de saúde têm em comum para abordar temas como, DST/AIDS na sociedade contemporânea, e perceber que são partes essenciais nas representações desta fase da vida.

A pesquisa ora exposta revelou modificações no conhecimento sobre as formas de transmissão da Aids após a intervenção. Interessante observar é que o aumento dos percentuais de acertos sobre a transmissão da Aids ocorreu somente após a aplicação da intervenção educativa.

A transmissão da Aids é habitualmente difundida pelos meios de comunicação e em campanhas voltadas para a prevenção. No entanto, apesar desta divulgação, verifica-se que, não tem alcançado a população de adolescentes de forma efetiva. Fato é que antes da realização da intervenção muitos dos adolescentes participantes do estudo afirmaram que, beijar na boca (51,2%), usar banheiros públicos (71,2%), ser picado por mosquito (50%) e doar sangue (62,0%), seriam algumas das formas de transmissão da Aids, e só desconstruíram estas informações equivocadas depois de participar da intervenção educativa.

A falta de informações adequadas contribui para aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DST/HIV/AIDS, mesmo sabendo que apenas a informação não é suficiente para que adotem comportamentos saudáveis (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008).

A favor disto, cita-se o estudo de Jesus *et al.* (2011) que reitera que a informação escassa ou incorreta é uma das condições que afetam a vulnerabilidade individual, e quando aliada a falta de consciência do problema e das formas de enfrentá-lo, propiciam a aproximação do adolescente a atitudes e práticas de risco.

O nível de informação que alguém possui sobre as formas de transmissão e situações de risco não é suficiente para que resolva adotar um comportamento protetor. Logo, a falta de conhecimentos colabora para aumentar a sua vulnerabilidade em relação às DST/AIDS.

Ao se considerar que, neste estudo, após o *plantão educativo*, 36% dos adolescentes responderam que procurariam um profissional de saúde caso descobrissem ser portador do HIV/AIDS, ratifica a importância da aquisição de informações corretas junto aos profissionais de saúde. Além disso, os adolescentes apresentaram após a intervenção, uma modificação na percepção de risco, em relação às possibilidades de adquirir DST/AIDS. A proporção daqueles que disseram antes do *plantão* (55,5%) não ter nenhuma possibilidade para adquirir essas infecções elevou-se para 98,4% após o término do *plantão*.

Esta situação sugere uma autoconfiança adquirida durante os encontros do *plantão educativo* e expressa a diminuição da suscetibilidade de infectar-se com DST/HIV, uma vez que, os resultados apresentaram uma redução do número de parceiros entre os adolescentes sexualmente ativos. Infere-se, pois que, esta redução aliada ao aumento do conhecimento elevou a percepção de maior controle de comportamentos seguros pelos adolescentes.

Confirmando esta inferência, Bastos; Barata; Aquino; Latorre (2008), referem que o conhecimento é um componente essencial para transformar as percepções e atitudes em relação à Aids. Portanto, a percepção é o diferenciador entre a adoção ou não de comportamentos protetores.

O comportamento sexual é socialmente construído por meio de interações entre o indivíduo e o seu contexto, ou seja, constituído pela influência de diversos aspectos da vida humana (ADELITA *et al.*, 2012). Assim, o comportamento sexual mostra-se como um produto de um complexo conjunto de processos históricos, culturais, sociais, biológicos e religiosos.

Essa dimensão do comportamento sexual influencia inclusive, o fato de o adolescente assumir ou não que já possui vida sexualmente ativa, mesmo que seja em um questionário que não lhe identifique. De acordo com Brêtas *et al.* (2011) esta situação é um indicativo de que as relações sociais pressionam os indivíduos direta e indiretamente, especialmente aqueles do sexo masculino a apresentarem-se como sexualmente ativos.

Independente desta situação, a maior contribuição para o comportamento sexual seguro além do conhecimento, diz respeito à prática sexual com parceiro único e a adoção do preservativo em todas as relações sexuais, corroborando as recomendações da política nacional de controle do HIV/AIDS (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

Atente-se ao fato de que embora não muito significativo, a realização do *plantão* evidenciou um aumento de 56,3% entre os adolescentes que possuem apenas um parceiro sexual, e, de 65,7% no número de adolescentes que relataram usar o preservativo na última relação sexual.

Nesta perspectiva, o *plantão educativo* individual no ambiente escolar apresentou-se como uma estratégia de intervenção inovadora e facilitadora à adoção de comportamento sexual saudável. Consoante a isto, inúmeros estudos enfatizam e estimulam a necessidade de realizar intervenções educativas sobre sexualidade, DST/AIDS com adolescentes escolares, com o objetivo de reduzir os comportamentos sexuais de risco (MOTA; ROCHA, 2008; GUBERT *et al.*, 2009; HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Ainda como se pode perceber no estudo, além do incremento no uso do preservativo, os meninos se destacam nesta utilização, o que sugere uma possível associação com o fato dos pais dos meninos apresentarem melhor escolaridade e, portanto, melhor comunicação pais-filhos. Tal resultado está em consonância com estudos nacionais e internacionais que vem indicando aumento no uso de preservativos entre adolescentes (SALDANHA *et al.*, 2008; FREITAS; DIAS, 2010; BUSTOS *et al.*, 2011; MANTILLA *et al.*, 2013).

É preciso destacar que o acesso ao preservativo na escola apresentou-se superior ao acesso nos Postos de Saúde. Do mesmo modo, ressaltou-se que a inclusão do conhecimento sobre o preservativo feminino se revelou elevada após a implementação do *plantão educativo*. Pirotta *et al.* (2008) ressaltam que o aumento do acesso dos jovens aos preservativos reflete não apenas uma mudança efetiva de comportamento, como também um efeito da diferença que faz a ampla divulgação e facilitação desse acesso, o que coopera para a formulação de práticas sexuais seguras.

Corroborando ao preconizado pelas políticas públicas de saúde é direito do adolescente buscar os serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades de saúde, e, neste sentido, é dever dos serviços divulgar e garantir também o acesso a preservativos (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008). A disponibilização do preservativo nos Postos de Saúde não é fator determinante para o acesso do adolescente. Em contrapartida, observa-se que durante o estudo a disponibilidade do preservativo na escola facilitou a aproximação dos adolescentes para adquiri-lo.

Assim, o *plantão educativo* pode ser considerado, pois, uma nova estratégia de educação em saúde junto aos adolescentes na escola, visto que apresenta nos seus resultados um aumento nos conhecimentos, nas percepções, atitudes, práticas e nos comportamentos sexuais frente às DST/HIV/AIDS.

O *plantão educativo* é uma estratégia efetiva, uma vez que, atende as recomendações das políticas públicas de atenção à saúde de adolescentes já existentes e inclui no cenário escolar a presença do profissional de saúde. Ademais, o *plantão educativo* fortaleceu e reforçou o comportamento sexual seguro para os adolescentes que já usavam o preservativo, para os que não usavam e para aqueles que usavam esporadicamente.

Ressalte-se, portanto, que a avaliação do *plantão educativo* como ‘muito bom’ por 77,6% dos adolescentes, sinaliza satisfação, interesse e impacto positivo desta nova proposta educativa. Some-se a isto, o fato de 88,0% indicarem como o que mais gostaram no *plantão* sendo a presença do profissional de saúde, acentuando desta forma, como é possível que os

profissionais de saúde se aproximem, formem vínculos, saibam ouvir e sejam vistos pelos adolescentes como profissionais de promoção da saúde.

Em consonância a esta apreciação, o *plantão educativo* desenvolvido neste estudo oportunizou aos adolescentes refletir sobre os conflitos que emergem relacionados às DST/HIV/AIDS, e, de que forma novos significados e sentidos podem se desvelar após a participação nesse. Barnet *et al.* (2009), enfatizam que a intervenção, definida neste estudo, como *plantão educativo* deverá acontecer num processo que, ao mesmo tempo compartilhe e prepare para a transformação. Em consonância a esta apreciação, o *plantão educativo* desenvolvido oportunizou aos adolescentes refletir sobre os conflitos que emergem relacionados às DST/HIV/AIDS, e, de que forma novos significados e sentidos podem se desvelar após a participação nesse.

A literatura reforça que o plantão é uma oportunidade para troca de conhecimentos, sentimentos, dúvidas, idéias e de sensibilização aos anseios singulares do adolescente ((ROEHRS *et al.*, 2007; BALBINO, 2010). Diante disto, a realização do *plantão educativo* individual na escola conduziu os adolescentes para o aumento do conhecimento e estimulou-os para a mudança de comportamentos salutareos para a prevenção de DST/HIV/AIDS, à medida que puderam verbalizar dúvidas e sentimentos, de maneira individual à pesquisadora.

O *plantão educativo* permitiu também o envolvimento de adolescentes da própria escola em vários estágios da sua construção, implementação e avaliação. Neste sentido, está em conformidade com a proposta da CBPR para que houvesse colaboração mútua dos parceiros envolvidos em todo o processo de planejamento e execução da ação (FARIDI *et al.*, 2007), e, coincide com as recomendações para o desenvolvimento de ações educativas na escola, que deve considerar a individualidade dos adolescentes envolvidos e a mútua cooperação na definição, planejamento e execução destas ações (ARAÚJO; ROCHA; ARMOND, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Cada experiência educativa desenvolvida no plantão foi pensada para facilitar o entendimento do adolescente e ajudá-lo a delinear metas positivas para a sua saúde após a finalização do *plantão educativo*. Conforme descrevem Demarzo; Aqilante (2008); León Correa (2008), as ações educativas na escola têm a intenção de capacitar a população escolar para o autocuidado e garantir a manutenção do estado de saúde.

Sobre este fato, tem-se no plantão a inserção de uma enfermeira no ambiente escolar, como educadora em saúde, que, conforme salientam (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008) atuou no intuito de preparar o adolescente para o autocuidado e não para a dependência, sendo, portanto, uma facilitadora nas tomadas de decisões. A inserção da enfermeira foi tida

como uma novidade no cenário escolar, já que a inclusão da profissional não é uma realidade vivenciada no município estudado.

Conforme ratificam os estudos de (HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009; BALBINO, 2010) o enfermeiro escolar é inexistente no Brasil, contrapondo-se, por exemplo, à realidade de outros países, como, Estados Unidos da América e Reino Unido. Nestes países a enfermagem escolar está indiscutivelmente mais avançada quando comparada ao Brasil.

O que se averigua no Brasil, conforme evidências de alguns estudos (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008; BARRETO; SANTOS, 2009; CAMARGO; FERRARI, 2009; MARTINS *et al.*, 2011) que envolvem enfermeiros e ações educativas na escola, é que existem enfermeiros que desenvolvem um trabalho de saúde escolar, através de deslocamentos esporádicos às escolas das suas áreas de abrangência, entretanto, esses contatos são insuficientes para efeitos de *empowerment* e capacitação dos escolares na promoção de saúde. Educar abrange persistência, continuidade, afeto, desejo, bom relacionamento e contato corpo a corpo (FERREIRA; CASTIEL, 2009).

O que se deseja enfatizar nesta proposta do estudo é que com a inclusão do enfermeiro na escola é possível contribuir para a formação do conhecimento em saúde individual e coletivo, de acordo com a realidade de cada indivíduo, oportunizando a promoção da saúde sob o foco de atitudes saudáveis no modo de se viver.

Além da enfermeira, o *plantão educativo* contou ainda em algumas oportunidades com a participação de um grupo de adolescentes multiplicadores do SPE, matriculados na escola participante do estudo. Estudos efetuados demonstram que é na escola que os adolescentes poderão distinguir o valor da saúde, do seu próprio futuro, da importância e pertinência da sua participação, como agente de mudança para a compreensão e redução de sua vulnerabilidade, e da sua contribuição, através do empoderamento e do seu protagonismo (SOUZA 2007; SILVA *et al.*, 2010; RESTA, 2012).

A participação deste grupo de adolescentes em todas as etapas de construção do *plantão educativo* legitima a proposta de estimular o protagonismo juvenil nos mais variados ambientes de inserção dos jovens. Estudo realizado por Silva *et al.* (2010) com 866 adolescentes, para conhecer e analisar a participação de adolescentes escolares em atividades de educação em saúde na escola e a sua inserção enquanto sujeitos protagonistas na referidas atividades, evidenciou a importância de haver participação do jovem, na decisão, na ação, em como será feito e na avaliação do que foi feito.

No *plantão educativo*, o grupo de adolescentes participou desde o planejamento da ação (*plantão educativo*), da elaboração e execução da ação, da definição dos componentes do

plantão, da sua avaliação e da apropriação dos resultados. A organização da sala do *plantão educativo* despertou extrema curiosidade e desejo de participação na construção desse espaço entre estes adolescentes na escola. Ademais, outros adolescentes, que logo estariam participando do plantão em seus agendamentos também contribuíram. Foi impossível cortar, colar, desenhar, sem que os adolescentes não observassem, tamanho era o interesse deles em entrar, olhar, tocar e perguntar o que significava cada objeto e ação realizada para a organização da sala. Em nenhum momento, estes adolescentes foram impedidos de entrar, e, inclusive, de participar ativamente desta construção.

A promoção da participação do adolescente estimula-o a demonstrar o seu potencial durante a realização de atividades, através da sua criatividade e potencialidade das suas ações, o que favorece ação pró ativa e de sensibilização juntos aos seus pares (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Sob esta concepção o protagonismo do grupo de adolescentes demonstrado no presente estudo está de acordo com um dos princípios da pedagogia libertadora de Paulo Freire (FREIRE, 1997), em que sugere que, seja estimulado o protagonismo juvenil por intermédio de discussões sobre temas críticos para a cidadania, e que os alunos devem ser ouvidos e estimulados a propor temas de seu interesse.

De acordo com Maia *et al.* (2012), o protagonismo se apresenta quanto maior for a participação dos adolescentes de forma autônoma, no entanto, referem que o principal padrão de relacionamento na adolescência é a colaboração, e que a autonomia não extingue o papel do educador (pesquisador) como facilitador nas ações protagônicas.

Conforme é descrito na literatura, a participação é a condição indispensável para fazer acontecer o protagonismo juvenil, como um tipo de ação de intervenção no contexto social para responder a problemas reais onde o jovem deverá sempre ser o ator principal (ALVAREZ, 2010; REIS; SANTOS, 2011).

Isto foi possível observar no estudo, devido ao grande envolvimento, particularmente do grupo de adolescentes multiplicadores e pela demonstração de afinidade com a temática, inclusive na sua participação ativa durante o *plantão educativo* junto aos adolescentes elegíveis do estudo. Nesta circunstância, esta realidade está em consenso a outros estudos que envolvem protagonismo juvenil e educação em saúde na escola e suscitam a inclusão dos jovens nas propostas educativas (ARAÚJO; ROCHA; ARMOND, 2008; VOMMARO, 2011).

A demonstração de afinidade pela temática DST/HIV/AIDS pode também ser explicada pelo fato do grupo de adolescentes da escola estar inserido entre os integrantes do SPE do município de Imperatriz. De acordo com informações do núcleo gestor do SPE, os

adolescentes integrantes ao Projeto participam de formações nas temáticas do SPE e são instigados a tornarem-se multiplicadores e formadores de pares nas escolas do município.

Esta narrativa ratifica que a participação juvenil é peça fundamental no SPE e em outros ambientes. Estudos efetuados reiteram que a participação do jovem leva em consideração um trabalho “com” os jovens e não “para” os jovens. Adolescentes e jovens devem ser reconhecidos como indivíduos capazes de tomarem decisões de forma responsável e autônoma, desta forma, é primordial estimular o protagonismo juvenil no ambiente escolar (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2008; DEMARZO; AQILANTE, 2008). Ademais, ressalte-se que, o núcleo gestor do SPE foi parceiro atuante durante toda a execução do *plantão educativo*.

Esta situação está em conformidade a alguns estudos (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010; SOUSA, 2010) que também evidenciam e estimulam o protagonismo juvenil nas ações para o autocuidado. O comportamento protagônico coopera para a consolidação da cidadania participativa, pois coloca o adolescente em contato direto com os problemas de sua comunidade e de seus pares, propiciando a aprendizagem prática vivencial, tornando-o um cidadão crítico, pró-ativo e agente de ações transformadoras (SOUZA, 2007).

O despertar do interesse do adolescente pela sala do plantão deu-se exatamente pela presença dos ingredientes sugeridos pelo grupo de adolescentes multiplicadores. A possibilidade de dialogar acomodado em tapetes e almofadas ao invés de sentar-se em uma cadeira, mostrou-se uma forma confortável e mais aceitável para o adolescente se aproximar da enfermeira. Embora a terminologia ‘plantão’, lembrasse um consultório, a logística do ambiente nem de perto indicava um consultório com mesa, cadeira e maca.

No contexto do atendimento de adolescentes na escola, estudos realizados em outras áreas do conhecimento evidenciam a importância de preparar um ambiente acolhedor, confortável e facilitador para o diálogo com adolescentes (GASPAR *et al.*, 2008; CHOQUE-LARRAURI; CHIRINOS-CÁCERES, 2009).

Desta forma a proposta do plantão foi para que se constituísse em um ambiente confortável, aproximador, de escuta e diálogo, traduzido pelas palavras de Paulo Freire (FREIRE, 1987) como “encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto na relação eu-tu”.

A fala, a escuta e o silêncio no *plantão educativo*, proporcionaram e expuseram a alteridade como co-presença, e delimitaram o eu, permitindo ciclos de desvelamento e ocultamento da compreensão que se quis adquirir.

Tendo em vista essa percepção de ambiente favorável também o nome destinado ao *plantão educativo* que identificasse a sala de sua realização foi pensado de forma a não afastar os adolescentes ou propiciar a sua exposição diante da comunidade escolar. Esta preocupação, comum de todos os parceiros deste estudo levou à reflexão de que haveria necessidade de escolher um nome que não tivesse relação direta com a temática DST/HIV/AIDS, embora o foco do plantão estivesse relacionado a isto, mas que levasse o adolescente a entrar no recinto com tranqüilidade. Após as opções sugeridas para o nome do plantão, definiu-se por “Plantão da Prevenção Colégio Militar”.

A sala usada no *plantão educativo* constituiu-se durante dois meses como um ambiente relacionado ao cuidado em saúde dos adolescentes, onde a promoção da saúde foi a principal finalidade sendo oferecida integrada às demais funções da escola.

De acordo com (BALBINO, 2010; BASTABLE, 2010) um ambiente relacionado ao cuidado em saúde é aquele onde os serviços de saúde são oferecidos como função complementar da instituição para a educação relacionada à promoção da saúde, prevenção de doenças e melhorias na qualidade de vida dos indivíduos.

Ainda neste estudo, o desejo da presença de outro adolescente no plantão, vai ao encontro do que propõe o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), que acredita que o adolescente aprende mais com outro adolescente, e, desta forma, estimula os adolescentes a intensificar o diálogo entre os seus pares.

Nesse estudo, o uso das redes sociais e *flyeres* foram efetivos para assegurar a presença no *plantão educativo*, uma vez tendo sido agendado. Essa estratégia foi eficaz, visto que não se obteve ausências nas marcações efetuadas para o plantão.

Estudos realizados por profissionais que trabalham junto a adolescentes (SISTON; VARGAS, 2007; MOTA; ROCHA, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2011) assinalam sobre a dificuldade de agendamento com esta clientela, que, diante de outras atividades mais atrativas podem abdicar de participar do encontro educativo, causando aos profissionais, frustração, mal-estar e até mesmo irritação. Diante disto, é preciso pensar em como envolver os adolescentes para participar assiduamente das ações educativas.

Os *Flyers* (filipetas) preservam a característica básica do panfleto, são diretos e possuem pouca informação, porém sua qualidade é bem maior, utiliza cores especiais e cortes diferenciados agregando valor ao material (FERREIRA, 2010).

A utilização de *flyers* para lembrar sobre o agendamento foi considerada uma experiência positiva pela pesquisadora, pelos parceiros envolvidos e, pelos adolescentes participantes neste estudo, visto que, todos (as) adolescentes elegíveis compareceram

regularmente aos dois agendamentos do *plantão educativo*. Ressalte-se ainda que, além dos dois agendamentos pré determinados para o estudo, parte dos adolescentes compareceu ao plantão em até quatro vezes, o que sugere boa receptividade à proposta e à troca de informações junto à pesquisadora.

O uso do facebook® também para a comunicação com os adolescentes foi fundamental. Considerada uma rede social, é na atualidade, uma importante ferramenta para a comunicação mais transparente e efetiva entre as pessoas e para filtrar e encontrar exatamente quem são as pessoas que você deseja encontrar e atingir (SHIH, 2010).

A realização do plantão considerou as características do adolescente, o que fez com que as ações do plantão variassem de acordo com cada um, mas o que permaneceu comum a eles, foi o uso de mais de uma estratégia educativa durante o encontro. Assim, algumas tecnologias educativas foram utilizadas no *plantão educativo*, pensadas sob a perspectiva de facilitar o aprendizado do adolescente através da prática.

Dentre as tecnologias educativas usadas no plantão optou-se por materiais instrucionais para a promoção da saúde e prevenção das DST/HIV/AIDS, a saber: cartaz expositor – árvore do prazer; uso de manequim anatômico e objeto análogo à temperatura corporal; folhetos e panfletos; representações simbólicas de palavras e imagens; vídeos breves.

Estudos indicam que, a utilização de materiais instrucionais facilita o ensino e a aprendizagem, desde que sejam adequados para motivar e promover a aprendizagem do adolescente (SOUZA *et al.*, 2007; BASTABLE, 2010).

Os materiais instrucionais são ferramentas educativas frequentemente usados para melhorar o ensino e a aprendizagem, para complementar e não substituir a troca de conhecimentos (BASTABLE, 2010).

No presente estudo estes materiais auxiliaram na construção compartilhada, criativa e clara do conhecimento, reforçando o aprendizado junto ao adolescente. Foram essenciais para variar o aprendizado, estimular os sentidos, dar realismo e prazer durante o momento da prática educativa.

Na experiência do *plantão educativo*, considera-se positivo o uso de mais de uma estratégia para estabelecer uma comunicação aberta, confiança e participação do adolescente na atividade.

Conversar sobre sexualidade requer sensibilidade para compreender a escuta, os momentos de timidez e ter paciência para estabelecer um clima de confiança, e no plantão educativo não foi diferente. Sob esta ótica, verifica-se que a sexualidade ainda é um tema

delicado para os adolescentes, especialmente quando trazem consigo preconceitos e tabus originados pela repressão familiar e social. Neste sentido, alguns estudos (ARAÚJO *et al.*, 2010; MARTINS *et al.*, 2012) estabelecem a importância de reconhecer a sexualidade primeiramente como uma experiência prazerosa, uma vez que a maneira como é debatida pode ser fundamental para apresentar a dimensão do prazer envolvido.

Diante da timidez ou euforia do adolescente pontuou-se sobre o fato de que a sexualidade é algo intrínseco à vida e à saúde, que se expressa no ser humano, desde o nascimento até a morte, e que, portanto, pauta-se no direito ao prazer e no exercício com responsabilidade. Esta colocação serviu como base para anular algumas concepções, tais como, ‘sujo’, ‘impuro’, relacionadas à sexualidade, que muitos adolescentes poderiam trazer de suas vivências e crenças familiar e social para o *plantão educativo*.

Logo, essa discussão foi importante para suscitar entre os adolescentes questões sobre as relações de gênero, o respeito a si mesmo e ao outro e à diversidade de crenças, valores e expressões culturais presentes no meio social e familiar em que vivem. Na ocasião foi possível incluir a discussão sobre a importância da prevenção de DST/HIVAIDS e, oportunamente, da gravidez precoce.

Este debate sobre sexualidade junto aos adolescentes está em harmonia a diversos estudos (BARNET *et al.*, 2009; BUSANELLO; SILVA; OLIVEIRA, 2009) que pontuam sobre a importância da sexualidade para o desenvolvimento e para a vida psíquica do indivíduo, uma vez que, além da sua potencialidade reprodutiva, relaciona-se com a procura do prazer, necessidade básica do ser humano.

A sexualidade se manifesta desde o momento do nascimento até a morte, de formas diferentes em cada fase do desenvolvimento humano, e, que, portanto, vai sendo estabelecida ao longo da vida (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Ademais, foi importante destacar para os adolescentes, que a sexualidade é marcada pela história, cultura, bem como pelos amores e sentimentos, expressando-se então com singularidade em cada indivíduo, especialmente no adolescente, visto que, com a ativação hormonal procedente na puberdade, a sexualidade assume o primeiro nível no comportamento e na vida deste adolescente.

Deste modo, conforme enfatizam (CIPRIANO; FARIAS; ABRANTES, 2007) a sexualidade na adolescência assume uma atitude de urgência, tornando-se o centro de todas as atenções, e está em todos os lugares, na escola ou fora dela.

Pensando sob esta perspectiva, a escola pode ter função importante para a abordagem da sexualidade, de tal forma a canalizar essa energia sexual do adolescente, para produzir conhecimento, respeito a si mesmo, ao outro e à coletividade (DIAS *et al.*, 2010).

Falar sobre sexualidade com os adolescentes no *plantão educativo* mostrou que a sua condução com informações adequadas pode auxiliá-los a aprimorar sua qualidade de vida. Este momento de diálogo representou uma grande oportunidade para os adolescentes obterem informações corretas, seguras e livres de medos e preconceitos acerca de temas ligados à sexualidade, como a prevenção de DST/HIV/AIDS na adolescência.

Estudos efetuados dimensionam sobre a importância da informação correta da sexualidade para fins de promoção da saúde entre os adolescentes (DEMARZO; AQILANTE, 2008; GARBIN; GARBIN, 2009; GOMES; HORTA, 2010). A informação possui destaque significativo, sobretudo quando promove no adolescente uma percepção de risco diante da vivência imprópria da sexualidade e o conduz para uma mudança de comportamento.

Sabe-se que o indivíduo incorpora novas características na adolescência, tais como, curiosidade, pressão dos pares, falta de coragem para dizer não ao parceiro, paixão, uso de drogas e álcool, etc., que irão contribuir para a sua iniciação sexual precoce.

O plantão mostrou que especialmente quando o assunto é o uso responsável da sexualidade, parte significativa dos adolescentes já refere possuir vida sexualmente ativa, o que não mascara o fato de se reconhecerem despreparados e muitas vezes sem autonomia junto ao parceiro e/ou junto aos pares para as relações sexuais.

Tal fato pode ser observado diante do desconhecimento sobre os tipos de preservativo e suas formas de uso, principal método contraceptivo utilizado na prevenção de DST/HIV/AIDS nas relações sexuais.

Os estudos assinalam que embora se tenha numerosa disponibilidade de informações para a prevenção de DST/HIV/AIDS, ainda é possível verificar desconhecimento por parcela significativa de adolescentes e jovens sobre os métodos para prevenção (CAMARGO; BOTELHO, 2007; BARRETO; SANTOS, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010; OLIVEIRA; RESSEL, 2010).

Esta constatação está em consonância a este estudo, uma vez que alguns adolescentes participantes do plantão relataram curiosidade em conhecer o preservativo feminino e principalmente sobre como usá-lo durante as relações sexuais. Também se questionou sobre o preservativo masculino quanto à sua confiabilidade, interferência na sensibilidade para o prazer sexual e dificuldades para consegui-lo nos serviços de saúde.

Neste sentido, a disponibilidade dos preservativos masculino e feminino para os adolescentes na escola, mostrou-se essencial na intervenção, não somente para a obtenção do conhecimento, como também para terem a oportunidade de aprendizado sobre como usá-los, já que puderam praticar diretamente nos modelos anatômicos dos genitais masculino e feminino. Além disso, puderam levar sob livre demanda os preservativos ao saírem do plantão, bastando apenas que solicitassem por isto. Logo, compreender a necessidade da abordagem teórico-prática do preservativo e a sua aplicação foi percebida como positiva neste estudo.

Falar do prazer responsável é preservar a saúde psicológica do adolescente por toda a vida. A escola é um espaço social expressivo no qual o adolescente pode levar suas experiências de vida, suas curiosidades, inquietações e dúvidas sobre sexualidade. Autores referem que na escola os adolescentes se sentem mais à vontade para trazer suas angústias sobre sexualidade, visto que a educação pode acontecer de maneira informal (GOMES; HORTA, 2010; JESUS *et al.*, 2011).

Neste sentido, é uma grande oportunidade para que na escola o enfermeiro desenvolva a sua função na formação e orientação dos adolescentes, principalmente na promoção da saúde sexual. Cabe ressaltar que, também a literatura reafirma esta necessidade de que o enfermeiro assuma o papel de educador (FERRIANI; CANO, 1983; DEMARZO; AQILANTE, 2008; HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009).

A prevenção contra DST/HIV/AIDS em uma relação sexual somente é possível com o uso do preservativo. Todavia, não ter conhecimento sobre o preservativo e negligenciar o seu uso é se colocar em uma situação de risco para adquirir estas infecções.

Esta situação quando voltada para o adolescente mostra-se preocupante e relevante, indicando que falar sobre riscos é prevenir a saúde dos alunos e torná-los menos vulneráveis ao adoecimento. De acordo com Ayres; Calazans (1998), o comportamento de risco do adolescente tem a ver com o modo como estão vivendo e como se reproduzem socialmente.

Desta forma, compreende-se que, nem todos os adolescentes têm a mesma possibilidade de transformação da sua realidade e, portanto, de adotar medidas preventivas, como por exemplo, usar o preservativo nas relações sexuais. Todavia, imbuí-los de conhecimentos adequados que os motivem para o autocuidado pode ser imprescindível para que assumam a responsabilidade e capacidade de transformação da sua própria história de saúde.

As dúvidas verbalizadas no plantão sobre quando iniciar a vida sexual e principalmente sobre as conseqüências que podem surgir quando do início precoce e sem

informações corretas, esteve presente na voz de muitos (as) adolescentes. Esta desinformação e dificuldade de entendimento sobre o momento adequado para iniciar a vida sexual se deve muitas vezes segundo os próprios adolescentes, à ausência de diálogo no seio familiar, fato que pode ser virtude supostamente, de insegurança, da falta de conhecimento, falta de interesse, abordagem inadequada e até mesmo por vergonha em falar sobre sexualidade e sobre as questões que a circundam.

Em consonância a isto estudos relacionados mostram que ainda é grande a dificuldade dos pais para se comunicar com os adolescentes sobre sexualidade e as suas temáticas afins (ROEHRS *et al.*, 2007; OLIVEIRA, 2011; PATALO *et al.*, 2011). É fundamental que os pais busquem dialogar com os filhos adolescentes, a fim de ampliar a discussão sobre os assuntos concernentes à sexualidade. Deste modo o fluxo de informações deve ter início na família, seguido da escola e finalmente em outros grupos de vivências dos adolescentes.

Os adolescentes carecem ter conhecimentos e aptidões que os ajudem na adoção de comportamentos saudáveis para a sua vida sexual. A família possui contribuição significativa para que o adolescente perceba-se amparado, com vistas a não facilitar eventos, como, DST/HIV/AIDS durante o exercício da sexualidade.

Quando se reflete sobre isto, verifica-se que, na prática, as famílias realizam a orientação sexual de seus adolescentes, da maneira singular de cada família, mesmo aquelas que nunca falam abertamente sobre sexualidade, ou ainda que não tenham certeza se a forma de abordagem é correta.

Diante disto, autores referem que, esta orientação é observada pelo comportamento que os pai e mãe têm entre si, na relação que possuem com os filhos adolescentes, no tipo de cuidados que são recomendados, nos gestos, nas expressões e proibições que estabelecem, e, nos valores associados à sexualidade que procuram repassar aos adolescentes a fim de que apreendam (CALAZANS *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2010; KOERICH *et al.*, 2010).

Sem concorrer com a família, também compete à escola a abordagem junto aos adolescentes sobre os mais variados valores e crenças existentes na sociedade e percepções distintas da sexualidade, de tal forma que auxilie o adolescente a construir um referencial através da reflexão, e não por imposição.

Embora a escola também deva assumir o papel na orientação da sexualidade, observa-se que ainda existe resistência da família para compreender e permitir a implantação formal desse tipo de ação educativa na escola.

Estudo realizado por (JESUS *et al.*, 2011) demonstra que a resistência familiar em aceitar a abordagem da sexualidade na escola, deve-se ao fato de que na concepção dos pais

isto poderia representar uma forma de estímulo à vivência sexual do adolescente, ou demonstrar a ineficiência da família como educadora, trazendo à tona todas as dúvidas e hesitações que impedem a família de debater a sexualidade de modo franco com os filhos.

Neste complexo universo de abordagem da sexualidade na escola destaca-se a importância do enfermeiro neste contexto, visto que reúne atribuições próprias para cuidar, prevenir e educar, visando o bem estar dos escolares quer seja individualmente ou coletivamente, conforme preceitos contidos na Lei 7.498 de 25/06/1986, do Exercício Profissional (BRASIL, 1986).

Segundo Horta; Madeira; Armond (2009), o enfermeiro é capaz de atuar no tocante à sexualidade dos adolescentes na escola, de maneira tranqüila e abertamente, fazendo com que a mesma possa ser usufruída responsabilmente.

Durante o plantão foi significativo observar que, além dos adolescentes referirem sobre a dificuldade que os pais têm em abordar sobre sexualidade, ao mesmo tempo referiram confiança em falar de sexualidade para a enfermeira, uma vez que se sentiram à vontade e com possibilidades de verbalizar as suas dúvidas, medos, angústias e inseguranças a ela relacionadas.

Diante desta constatação e facilidade de aproximação entre enfermeira e adolescente, as relações de gênero foram suscitadas, particularmente entre as adolescentes, mais especificamente voltadas à negociação junto ao parceiro para o uso do preservativo em todas as relações sexuais.

A literatura refere que as relações de gênero são concebidas como uma distinção social entre homens e mulheres, ou seja, consiste na forma de construção do masculino e do feminino (SOUZA *et al.*, 2007; SALDANHA *et al.*, 2008; TORRES; BESERRA; BARROSO, 2008).

O que impressiona diante do depoimento das adolescentes é que mesmo diante de tanta informação sobre a importância de usar o preservativo nas relações sexuais, os parceiros ainda se apresentam resistentes a aderir a esta prática, tornando as parceiras reféns do desejo masculino pela não utilização do preservativo.

Ademais, é sabido que estas adolescentes verbalizam sobre a importância e algumas inclusive que gostariam de usar o preservativo, no entanto, no ímpeto de manter o relacionamento as adolescentes aceitam as imposições do parceiro numa tentativa de evitar desentendimentos e até mesmo o término do relacionamento afetivo.

Muitos estudos corroboram a esta situação e enfatizam, sobretudo, que é necessário entender e sair do aspecto biológico para tentar dar evidência ao fato de que as diferenças e

desigualdades entre os gêneros são construídas no espaço social e familiar, de tal modo que é necessário repensar em ações que abordem sobre conhecimento e adesão à prática do preservativo junto aos meninos adolescentes, uma vez que o poder de negociação esbarra na sua negação ao uso (KURBY; LARIS; ROLLERI, 2007; MARTA *et al.*, 2008; BARRETO; SANTOS, 2009; MARTINS *et al.*, 2011).

7 CONCLUSÃO

A hipótese levantada se confirmou, pois, o *plantão educativo* individual na escola pode ser considerado uma nova estratégia de educação em saúde, uma vez que aumentou entre os adolescentes participantes o conhecimento e a adesão de comportamentos saudáveis para a prevenção de DST/HIV/AIDS. Conforme os resultados encontrados neste estudo, é possível ainda evidenciar as seguintes conclusões:

- Os adolescentes escolares possuem média de 15,5 anos de idade, são solteiros (as) sem parceiro (a) fixo (75,6%), pardos (56,8%), com predomínio do sexo feminino (52,4%) e renda familiar entre um e três salários mínimos (46%).
- Os estudantes não recebem indicação de serviços de saúde pela escola (79,6%), aqueles que procuram os serviços de saúde são meninas (58%) para outros tipos de atendimento não relacionados com sexualidade, gravidez ou DST/HIV/AIDS (72,4%).
- As principais fontes de informação dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS fora da escola são: rádio/televisão/jornal (54%); e, na escola, as principais fontes são as aulas (50,8%).
- Os adolescentes aumentaram o conhecimento sobre DST/HIV/AIDS, especialmente sobre os sintomas (99,2%), uso do preservativo para preveni-las (100%), que ter múltiplos parceiros eleva o risco de transmissão (100%); e, sobre as formas de transmissão da AIDS: relação sexual sem preservativo, compartilhamento de seringas e agulhas infectadas pelo HIV, transfusão de sangue infectado pelo HIV e durante a gravidez para o feto pela placenta da mãe infectada pelo HIV (100%).
- Os adolescentes procurariam um profissional de saúde caso fossem portadores do HIV (36%), acreditam não ter nenhuma possibilidade de adquirir o HIV (98,4%).
- Os adolescentes que não tem atividade sexual esperam ter a primeira relação sexual depois do casamento (45,6%).
- Os adolescentes que tem atividade sexual possuem apenas um parceiro sexual (56,3%), usaram o preservativo na última relação sexual (65,7%) e adquiriram o preservativo na escola (99,65%).
- Os adolescentes avaliaram o plantão educativo como muito bom (77,6%), mudaram para melhor o conhecimento e o comportamento em relação às DST/HIV/AIDS (79,6%), mantém uso do preservativo nas relações sexuais, gostaram da presença do profissional de saúde na escola (88%), tiveram como maior aprendizado a importância de procurar informações corretas (44,13%).

De acordo com os resultados apresentados e na sua comparação com a literatura apresentada, conclui-se que os aprendizados e desafios relacionados ao *plantão educativo* são frutos de uma experiência decisiva que trouxe à tona a importância de aproximar-se do adolescente, compactuando com o mesmo uma relação de confiança, através da escuta, do diálogo e da sensibilidade às suas angústias, dúvidas, e, ao receio que ele (a) tem de questionar e não ser compreendido (a), ou de ser repreendido.

Com efeito, as práticas educativas em saúde para a prevenção de DST/HIV/AIDS realizadas não se propuseram a ser exaustivas, nem haveria espaço para tanto, uma vez que foram perpetuadas sob o diálogo, e, embora com tempo determinado, ocorreram no tempo de cada adolescente.

Deste modo, ao tratar das experiências e proposições relacionadas à sexualidade do adolescente foi possível compreender que a motivação profissional foi antes de tudo, fundamental para o envolvimento nas ações educativas durante os dois meses de execução do *plantão educativo*.

Após décadas da pandemia da AIDS, o que parece mais claro é o alcance radical dessa proposta na dimensão dialógica no pensar a educação em saúde com adolescentes. Certamente, o principal aprendizado é que, mais do que um componente genuinamente processual, o diálogo caracterizou as identidades: educadora e aprendizes. Ou seja, entender e trabalhar com a essencial presença de um sujeito diante de outro sujeito, visto que é o diálogo entre os sujeitos que individualiza a ação educativa.

As metodologias empregadas oportunizaram a criação de vínculos importantes com os adolescentes que, mesmo diante de um acompanhamento individual, potencializaram e acrescentaram suporte ao plantão.

Acima de tudo, o *plantão educativo* produziu um espaço de convivência que permitiu o respeito, a confiança e a discussão, apresentando-se como um novo referencial de como podem ser pautadas as relações dentro do ambiente escolar. Tudo isto, proporcionou a transferência de vínculos positivos para a escola, para os adolescentes, e, educadores, visto que, estimulados pelas vivências nas oficinas, vídeos, testes práticos e pelos conhecimentos ali discutidos ou construídos, ressignificaram os processos e as experiências formais que a escola possui.

No desenvolvimento das estratégias percebeu-se uma interação mútua e também afetiva, repleta de integração entre todos os que ali participaram e colaboraram para a sua construção, com vistas ao bom desenvolvimento da ação educativa.

Todas as atividades foram construídas para que ocorressem de maneira dinâmica e potencializassem as trocas de experiências, uma vez que o plantão foi individual.

À medida que as atividades aconteciam, os adolescentes perceberam a importância de transformar a sua realidade, assim como de mudar o seu comportamento frente às DST/HIV/AIDS para hábitos saudáveis e atitudes positivas.

Outro aspecto significativo é que quando se fala de fontes de informação para a saúde de adolescentes entende-se que a comunicação efetiva é capaz de ampliar a consciência dos riscos e da necessidade de ações de proteção. Ademais, o fato dos adolescentes elencarem como principais fontes de informação sobre DST/HIV/AIDS, os meios de comunicação, os amigos e a família, leva à reflexão sobre a atuação dos profissionais de saúde na comunicação efetiva junto aos adolescentes.

A parceria deste estudo com o SPE e o grupo de adolescentes da escola foi fundamental para planejar e implementar o *plantão educativo*, construir uma cultura de prevenção e promoção à saúde, propor a maior participação dos adolescentes na escola, com vistas à redução de incidência de DST/ HIV/AIDS.

Também a escola participante avaliou como positiva a participação protagônica deste grupo de adolescentes no plantão, compreendendo que a sexualidade e a prevenção são conteúdos importantes para se trabalhar cotidianamente, pois estão diretamente ligados à vida, e, que, incluir o adolescente na abordagem destes conteúdos junto aos pares, no planejamento e efetivação das ações no ambiente escolar somente enriquece e dá sustentabilidade à proposta.

Diante deste estímulo ao envolvimento dos adolescentes no *plantão educativo* os adolescentes apresentaram comportamento protagônico perceptível pela motivação, pró atividade, autoconfiança e pelo empoderamento, em sentirem-se capazes de agir e estarem de forma autônoma e integrada na construção do plantão, cientes da sua capacidade de atuar e intervir.

Para enfrentar os desafios da prevenção às DST/HIV/AIDS com adolescentes em nossos dias é preciso ponderar que é cada vez mais urgente que nós, enfermeiros – reflitamos sobre nossas estratégias de prevenção nos contextos de intersubjetividade dos adolescentes.

A inserção de práticas construídas de forma intersubjetiva leva a repensar não só as estratégias de intervenção e os espaços, mas também os contextos nos quais se concretiza a vulnerabilidade dos adolescentes às DST/HIV/AIDS.

Um exemplo de intersubjetividade no *plantão educativo* foi a inclusão dos adolescentes desde o planejamento até a sua avaliação final. Saliente-se que as práticas de

prevenção têm ocorrido com sucesso através da educação entre pares, possível em virtude de que este tipo de interação entre os adolescentes é mais favorável para a educação em saúde emancipadora, por não impor modelos de comportamento.

Trabalhar junto aos adolescentes na perspectiva entre pares é um dos maiores aprendizados para os enfermeiros no enfrentamento das infecções por DST/HIV/AIDS entre os adolescentes. É necessário substituir as ações que se limitem apenas na informação e modelagem dos adolescentes.

Por conseguinte, é essencial que as ações de promoção da saúde direcionadas para o combate das DST/HIV/AIDS, entre os adolescentes, possuam caráter individual que leve em conta as premissas da individualidade biológica, cultural e comportamental desses com vistas a se obter êxito. Para tanto, é preciso haver uma coesão no uso de estratégias combinadas que incluam os pais, a escola, os amigos e os adolescentes a fim de tornar mais efetiva a prevenção.

Embora tenha se mostrado uma rica experiência educativa não se pode deixar de pontuar a sua complexidade e dificuldades enormes de implementação do *plantão educativo*, e sem o auxílio da CBPR seria mais difícil a sua construção e realização.

7.1 Limitações do estudo

- Embora se trate de um estudo longitudinal, não se podem estabelecer relações causais mesmo naqueles itens nos quais se verificou associação estatisticamente significativa.
- Não se realizou a associação entre o nível de escolaridade dos pais e sua relação com o conhecimento dos adolescentes.
- O instrumento de pesquisa utilizado referiu-se a preservativo, sem especificar o tipo.
- Não se questionou as práticas sexuais dos adolescentes.
- Nem todos os adolescentes da escola participaram do *plantão educativo*.
- Não se teve adesão do setor da atenção básica em saúde do município para disponibilizar um enfermeiro para participar do plantão.
- O *plantão educativo* foi encerrado na escola após a finalização do estudo.

7.2 Recomendações do estudo

- É recomendável que este estudo seja replicado com adolescentes de outras cidades.
- É recomendável que o estudo seja replicado com delineamento experimental com a finalidade de gerar evidências mais fortes.

- É recomendável que este estudo de intervenção direcione para a utilização de estratégias que incluam pais, escola, adolescentes para tornar mais efetiva a prevenção.

7.3 Implicações para a enfermagem

- O estudo desenvolvido por profissional enfermeiro é uma inovação nas estratégias de promoção à saúde dos adolescentes para a prevenção de DST/HIV/AIDS.
- Uma vez utilizada esta nova estratégia educativa com os adolescentes, outros enfermeiros terão subsídios para planejar e aplicar ações educativas baseadas nos achados desta pesquisa e, assim, contribuir para a prevenção de DST/HIV/AIDS entre os adolescentes.
- A partir da realização desse estudo, os enfermeiros poderão visualizar a importância da sua inserção rotineira no ambiente escolar e sua relação com a promoção da saúde de adolescentes para adesão e manutenção de comportamentos sexuais saudáveis.
- A publicação de artigos decorrentes dos dados desta dissertação poderá mobilizar outros enfermeiros para a realização de estudos de intervenção para a prevenção de DST/HIV/AIDS junto aos adolescentes, em outras cidades e estados brasileiros. Assim será possível enumerar evidências maiores nesta temática e popularizar o tema entre os enfermeiros.

REFERÊNCIAS

- ABOIM, Sofia. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva** v. 17, n. 1, p. 99-112, jan. 2012.
- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n.1, p. 71-6, 2009.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; ROQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ALVAREZ, C. Predictors of Condom Use Among Mexican Adolescents. **Research and Theory for Nursing Practice**. v. 12, n. 4, p.34-43, 2010.
- ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2009.
- ANDRADE, E. A.; BÓGUS, C. M. Public policies targeted at youth and health promotion: how the proposal for youth auxiliaries has been translated into practice. **Interface Comunic. Saúde Educ.** v. 35, n. 14, p.853-66, 2010.
- ARAÚJO, A.; ROCHA, R. L.; ARMOND, L. C. O grupo de adolescentes na escola: a percepção dos participantes. **REME – Rev. Min Enferm.** v.12, n.2, p.207-12, 2008.
- ARAÚJO, A.; ROCHA, R. L.; ARMOND, L. C. Da tendência grupal aos grupos operativos com adolescentes: a identificação dos pares facilitando o processo de orientação e educação em saúde. **Rev. méd. Minas Gerais**, v.18, n.4, supl.1, p.S123-S130, nov. 2008.
- ARAÚJO, A. C.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.1, p. 136-42, 2010.
- ARAÚJO, A. C.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; SOARES, D. C. Implicações da sexualidade e reprodução no adolescer saudável. **Rev. RENE** v. 13, n. 2, p. 437-444, mar/abr 2012.
- ARAÚJO, T. M.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, M. F. M.; PINHEIRO, P. N. C. Abordagem grupal na prevenção da AIDS: análise do conhecimento de jovens de Fortaleza. **Rev. RENE**, v. 11, n. 3, p. 77-85, jul/set, 2010.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JÚNIOR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. IN: **Seminário Gravidez na Adolescência**. [Brasília]: Ministério da Saúde/Usaid, 1998.
- BAGGIO, MA; CARVALHO, JN; BACKES, MTS; BACKES, DS; MEIRELLES, BHS, et al. Significado do papel masculino/feminino para adolescentes. **Esc Anna Nery**, v.13, n.4, p. 872-78, out-dez 2009.

BALBINO, C. M. **A gerência do cuidado de enfermagem na implantação de um espaço de cuidar em saúde à comunidade escolar.** [Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial]. Niterói, Rio de Janeiro; 2010. 83f.

BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 4, dez. 2009.

BARNET, B.; LIU, J.; DEVOE, M.; DUGGAN, N. K.; GOLD, M.; PECUKONIS, E. Motivation Intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. **Annals of family medicine**. v. 7, n. 5, September/October 2009.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado; CONIARIC, Janaína. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.10, n.2, p.121-134, 2008.

BERGER, PL; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n.1, 2008.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.12, n.3, p. 522-8, 2008.

BESERRA, E. P.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. C.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, supl.1, p.1563-1570, 2011.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [citado em 05 mai 2008]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, ética.** Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília (DF), jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Dados e pesquisas em DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 6286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE e dá outras providências**. 2007. [Citado em 2012 jul. 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/cavil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando a promoção da saúde: documento base**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. SWZARCWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR; P. R. B., PASCON. **Pesquisa de Conhecimento, Atitude e Prática na População Brasileira de 15 a 54 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. 2008b. [Citado em 2012 jul 30]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: (DF); 2008. Série B. Textos Básicos da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do escolar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Contagem Populacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRESSAN, Aline. A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde. 2011. 234 p. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BRETAS, José Roberto da Silva et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev. Esc. enferm. USP**, v. 43, n. 3, Set. 2009.

BRÊTAS, J. R. da S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P.; AGUIAR JUNIOR, W. de; OLIVEIRA, J. R. de. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3221-3228, jul. 2011.

BUSANELLO, J.; SILVA, M. R. S.; OLIVEIRA, A. M. N. Sexualidade na adolescência: realidade de uma comunidade rural. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 62-71, jan./mar. 2009.

BUSTOS, A. F.; ELÍAS, D. F.; BERTOLINI, R. P. Conducta sexual en adolescentes varones: hacia un nuevo horizonte. **Rev. ANACEM (Impresa)**. v. 5, n. 2, p.123-127, dic. 2011.

CALAZANS, G.; KISS, L.; CAPPELLINI, S.; Daniela SEQUEIRA, VIEIRA, R. M.; JUNIOR, I. F. Plantões Jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. **Saúde e Sociedade** v.15, n.1, p.22-36, jan/abr 2006.

CALIANI, M. F. C. J.; OTANI, M. A. P. Ações educativas com adolescentes: uma intervenção necessária. **REME - Rev Min Enferm**. v.12, n.2, p.195-200, 2008.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.3, p. 937-46, 2009.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, Fev. 2007.

CAMILO, V. M. B., et al. Educação em saúde sobre DST/AIDS com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento. **DST j bras doenças sex transm**. v. 21, n. 3, p. 124-28, 2009.

CAMPO-ARIAS, Adalberto; CEBALLO, Guillermo Augusto; HERAZO, Edwin. Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2, mar/abr 2010.

CAMPOS, M.; SOUZA, V. Medindo o protagonismo juvenil. In: COSTA, A. C. G. **O protagonismo Juvenil passo a passo** – um guia para o educador. Belo Horizonte: Universidade, 2001. p. 123-7.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, Out/Dez, 2006.

CIPRIANO, M. A.; FARIAS, M. C. A. D.; ABRANTES, M. J. G, *et al.* **Sexualidade na escola**: proposta educativa para adolescentes. IV Encontro de Extensão da UFCG/IV Mostra Universitária de Ciência, Cultura e Arte. Campo Grande: UFCG; 2007.

CHAGAS, N. R.; RAMOS, I. C.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Cienc. enferm.** v. XV, n. 2, p. 35-40, 2009.

CHOQUE-LARRAURI, R.; CHIRINOS-CÁCERES, J. L. Eficácia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. **Rev. salud pública**, v.11, n.2, p.169-181, mar/abr. 2009.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. I. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 347-53, 2008.

DÁVILA, M. E.; TAGLIAFERRO, A. Z.; BULLONES, X.; DAZA, D. Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. **Rev. salud pública**, v.10, n.5, p.716-722, nov./dic. 2008.

DE LA TORRE-UGARTE GUANILO, M. C. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

DESSUNTI, E. M.; REIS, A. O. A. Fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/AIDS entre estudantes da área de saúde. **Rev Latino am. Enfermagem**, [S.L.], v.15, n. 2, mar./abr. 2007.

DEMARZO, M. M. P.; AQILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed Pan- Americana. v. 3, p. 49-76, 2008.

DIAS, F. L. A.; SILVA, K. L.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; MAIA, C. C. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010.

FARIDI, Z., GRUNBAUM, J. A., SAJOR GRAY, B., FRANKS, A., SIMOES, E. Community-based participatory research: necessary next steps preventing chronic disease. **Prev. Chronic. Dis.**, v. 4, n. 3, p. A70, 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira. **Círculo de cultura com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e a prevenção do HIV/AIDS**. 116 f. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2010.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Que *empowerment*, qual promoção da saúde? Convergências e divergências conceituais em práticas preventivas em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. 68-76, 2009.

FERREIRA, M. A.; ALVIM, N. A. T.; TEIXEIRA, M. L. O.; VELOSO, R. C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & contexto enferm.**, v.16, n.2, p.217-224, abr.-maio 2007.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface Comun Saúde Educ**, v.12, p. 387-400, 2008.

FONSECA, Adriana Dora da et al. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 330-337, abr 2010.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; CAMARGO-BORGES, C. Nurses and the Collective Care Practices Within the Family Health Strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 581-8, mai/jun 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 49 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351-357, jun. 2010.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I. A saúde na percepção do adolescente. **Physis (Rio J.)**, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

GASPAR, T.; PAIS, J. L. R.; MATOS, M. G.; LEAL, I. Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. **Rev. Psicologia Saúde & Doenças**. v. 9, n. 1, p. 55-71, 2008.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**. v. 13, n. 4, out./dez. 2010.

GONZÁLEZ MORA, M. C.; HERNÁNDEZ GÁLVEZ, L.; NIEVES BERRÍO, M. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico Belkys Sotomayor iclvarez de Ciego de icvila. **Mediciego**. v. 17, n. 2, sept. 2011.

GOULART, R. M. M. Promoção de Saúde e o Programa Escolas Promotoras da Saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**. São Caetano do Sul: Universidade IMES, v. 1, n. 1, 2006

GUBERT, F. A.; SANTOS, A. C. L.; ARAGÃO, K. A.; PEREIRA, D. C. R.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009.

GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C.; ARAÚJO, T. S. Tradução e validação da escala Parent-adolescent Communication Scale: tecnologia para prevenção de DST/HIV. **Rev. Latino-Am. Enferm.** [Internet]. Acesso em: 02 set. 2013, v. 21, n. 4, [08 telas], jul/ago 2013. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

GUILAMO-RAMOS, V.; BOURIS, A. Working with Parents to Promote Healthy Adolescent Sexual Development. **Prevent Res.** v. 16, n. 4, p. 7-11, 2009.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, P. N. C.; REGO, R. M. V. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. gaúcha enferm.** v. 31, n. 4, p. 640-646, dez. 2010.

HARTWIG, K, CALLESON, D., WILLIAMS, M. **CBPR: Primeiros passos:** definições, fundamentos e principais fundamentos no CBPR. Acesso em: 28/07/2012. Disponível em: <http://www.cbprcurriculum.info>.

HEIDEMANN, I. B. S.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; STULP, K. P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n.3, p. 416-20, 2010.

HOFFMANN, A. C. O. S.; ZAMPIERI, M. F. M. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. **Rev. Saúde Pública.** v.2, n.1, p. 56-69, 2009.

HORTA, N. C.; MADEIRA, A. M. F.; ARMOND, L. C. Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: Borges ALV, Fujimori E. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica.** São Paulo: Manole, 2009. p.119-41.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas Promotoras de Saúde - Fortalecimento da Iniciativa Regional.** Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington, D.C: OPAS; 2006.

JESUS, F. B.; LIMA, F. C. A.; MARTINS, C. B. G.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), v.32, n. 2, Junho 2011.

KOERICH, M. S., et al. Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. **Rev enferm UERJ.** v. 18, n. 2, p. 265-71, 2010.

KOVÁCS, M. J.; KOBAYASHI, C.; SANTOS, A. B. B.; AVANCINI, D. Implantação de um serviço de plantão psicológico numa unidade de cuidados paliativos. **Boletim psicologia,** v. 51, n. 114, p. 1-22, 2001.

KURBY, D. B.; LARIS, B. A.; ROLLERI, L. A. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. **Journal Adolesc Health,** v.40, p. 206-17, 2007.

- LEÓN CORREA, F. J. Salud escolar y educación para La salud: principios y valores desde la bioética. **Hacia promoc. Salud**, n.13, p.25-41, ene./dic. 2008.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, G. T.; BERNARDES, M. M. R.; ACAUAN, L. V.; FELIPE, I. C. V.; CASANOVA, E. G.; LEMOS, B. K. J. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Esc. Anna Nery Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 712-6, dez. 2007.
- LOPES, R. E.; BORBA, P. L. O.; TRAJBER, N. K. A.; SILVA, C. R.; CUEL, B. T. Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. **Interface – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO**, v.15, n.36, p.277-88, jan./mar. 2011.
- LUNA, I. T.; SILVA, K. L.; DIAS, F. A.; FREITAS, M. M. C.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/HIV **Ciencia Y Enfermeria** v. XVIII, n. 1, p. 43-55, 2012.
- LYERLY, J. E.; BRUNNER HUBER, L. R. The role of family conflict on risky sexual behavior in adolescents aged 15 to 21. **Ann Epidemiol.** v. 23, n. 4, p. 233-5, Apr. 2013.
- MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 1, p. 335-42, 2007.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.2, p.174-9, mar/abr 2009.
- MAIA, A. C. B.; EIDT, N. M.; TERRA, B. M.; MAIA, G. L. Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicol. Estud.** v. 17, n. 1, p. 151-156, jan/mar 2012.
- MANTILLA, Blanca Patricia; OVIEDO CÁCERES, María del Pilar; GALVIS PADILLA, Diana Carolina. Programas de educación sexual y reproductiva: significados asignados por jóvenes de cuatro municipios de Santander, Colombia. **Hacia promoc. Salud**, v.18, n.1, p.97-109, jan./jun., 2013.
- MANN, J. et al. (Org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1992.
- MARTA, C. B.; FRANCISCO, M. T. R.; MARTINS, E. R. C.; CLOS, A. C. A Prevenção da AIDS entre Estudantes ao Iniciar o Curso de Graduação em Enfermagem. **Rev Enferm UERJ**. v. 16, n. 4, p. 557-61, 2008.
- MARTINS, C. B. G.; ALENCASTRO, L. C. S.; MATO, K. F.; ALMEIDA, F. M.; SOUZA, S. P. S.; NASCIMENTO, S. C. F. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**; v.20, n.1,98-104, jan./mar., 2012.

MARTINS, C. B. G.; FERREIRA, L. O.; SANTOS, P. R. M.; SOBRINHO, M. W. L.; WEISS, M. C. V.; SOUZA, S. P. S. Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência da equipe Saúde da Família com adolescentes do Ensino médio. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.4, p. 573-578, out./dez., 2011.

MOIZÉS, Julieta Seixas; BUENO, Sonia Maria Villela. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 1, n. 44, p. 205-212, mar. 2010.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 58, n. 1, p. 48-52, jan/fev 2012.

MOSKOVICS, J. M.; CALVETTI, P. U. Formação de Multiplicadores para a Prevenção das DST/ AIDS numa Universidade Espanhola. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, v. 28, n.1, p.210-217, 2008.

MOTA, A.; ROCHA, R. **Sexualidade na adolescência e escola**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2008.

MURAKAMI, J. K.; PETRILLI FILHO, J. F.; TELLES FILHO, P. C. P. Talking about sexuality, STI and AIDS with poor adolescents. **Rev. latinoam. Enferm**, v. 15(spe), p. 864-866, set.-out. 2007.

MURTA, S. G. et al. Direitos sexuais e reprodutivos na escola: avaliação qualitativa de um estudo piloto. **Psicol. Teor. Pesqui.** v. 28, n. 3, p. 335-344, jul./set. 2012.

NICHIAI, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLI, L. A. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 16, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 12 de jul. 2013.

NJAINE, K.; OLIVEIRA, Q. B. M.; RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S.; BODSTEIN, R. Prevenção da violência nas relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K., organizadoras. **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 183-205.

OLIVEIRA, R. N. C. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 267-283, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. Bras Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 306-11, 2008.

OLIVEIRA, S. G.; RESSEL, L. B. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n. 1, p. 144-48, 2010.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Carta de Ottawa. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública** (P. M. Buss, org.), p. 158-162, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Problemas de salud de la adolescência. **Série de Informes técnicos**, Geneva: OMS, 1965. 308, 29p.

OPAS – Organización Panamericana de La Salud. **Escuelas Promotoras de Salud**. Modelo y Guía para la Acción. Washington, DC. 1996b.

PATALO, R. S.; SOUSA, F. G. M.; SANTOS, M. H.; CUNHA, C. L. F.; SILVA, T. P.; BARBOSA, D. C. Significados e valores de família para adolescentes escolares. **Rev. RENE** v. 12, n. 4, out./dez 2011.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Sexualidade e gênero: um estudo com adolescentes em um município de pequeno porte do Noroeste do Paraná. **Acta Sci, Health Sci**. v. 30, n. 2, p. 113-19, 2008.

PÉREZ-VILLEGAS, Ruth et al. Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos, 2009. Estudio de corte transversal. **Rev. colomb. obstet. Ginecol**. v. 63, n. 4, p. 327-333, oct./dic. 2012.

PIROTTA, K. C. M. et al. A educação sexual na escola: elementos para uma avaliação dos esforços realizados. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**. v. 46, p. 34-37, dezembro 2008.

POTTER, J. Discourse analysis as a way of analyzing naturally-occurring talk. In: D. Silverman (ed.), **Qualitative research: Theory, Method and Practice**. London: Sage. pp. 144-60.

RASCHE, Alexandra Schmitt. A práxis do enfermeiro no planejamento e avaliação das ações na saúde escolar. 2012. 172 p. **Tese**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery.

REIS, C. B.; SANTOS, N. R. dos. Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 10, p. 3979-3984, out. 2011.

RESSELL, B.; JUNGES, C. F.; SEHNEM, G. D.; SANFELICE, C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery** (impr.) v.15, n.2, p.245-250, abr/jun 2011.

RESTA, D. G. Em relação ao sexo tudo é curioso: um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde. [**Tese**]. Porto Alegre; s.n; 2012. 158 p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

ROCHA CHAGAS, Natália et al. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Ciênc. enferm**. [online], vol.15, n.2, pp. 35-40, 2009.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A.; BORILLE, D. C. Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no espaço escolar. **Ciênc Cuid Saúde** v. 6, n. 1, p.110-119, jan/mar 2007.

ROMERO, K. T.; MEDEIROS, E. H. G. R.; VITALLE, M. S. S.; WEHBA, J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev Assoc Med Bras.** v. 53, n. 1, p.14-9, 2007.

SALDANHA, A. A. W.; CARVALHO, E. A. B.; DINIZ, R. F.; FREITAS, E. S.; FELIX, S. M. F.; SILVA, E. A. A. Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à AIDS: Um Estudo Descritivo com Perspectiva de Práticas de Prevenção. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 20, n. 1, p. 36-4, 2008.

SANTOS, A. A. G. dos. Práticas e saberes de promoção da saúde para adolescentes na estratégia saúde da família de Fortaleza-Ceará. 96 f. [**Dissertação**]. Universidade de Fortaleza, 2011.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO MARANHÃO. **Censo Escolar**. Disponível em: www.educacao.ma.gov.br/ExibirPagina.aspx?id=15. Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

SILVA, K. L.; MAIA, C. C.; DIAS, F. L. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. A Educação em Saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Min. Enferm.** v.15, n.4, p.607-611, out./dez., 2011.

SILVA, A. R. V. Avaliação de duas estratégias educativas para a prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2 em adolescentes. [**Tese de Doutorado em Enfermagem**]. Fortaleza, Ceará, 2010. 146f.

SILVA, S. L.; NOVAIS, D. C. S.; LUNA, D. O.; ARAÚJO, E. C. Sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente: consulta de enfermagem. **Rev. enferm UFPE online**, v.1, n.1, p. 1-11, 2007.

SILVA, E. Y. K.; QUARESMA, V. M. O.; LOPES, R. G. C.; LIPPI, U. G. Grupos educativos para adolescentes: experiências do grupo especializado em adolescência do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. In: São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Comissão de Saúde do Adolescente. **Adolescência e saúde 3**. São Paulo, São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde, p.402-423, 2008.

SILVA, M. A. I.; MELLO, D. F.; CARLOS, D. M. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 2, p. 287-93, 2010.

SILVEIRA, R. E.; REIS, N. A.; SANTOS, A. S.; BORGES, M. R.; SOARES, S. M. Oficinas com adolescentes na escola: uma estratégia de educação em saúde. **Nursing** (São Paulo), v.14, n.157, p.334-338, jun. 2011.

SILVEIRA, M. L. A. Educação permanente com enfoque para a promoção da saúde e condutas preventivas em adolescentes e jovens. Recife; s.n; 2011. 53 p. [**Tese**], Apresentada a Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

SISTON, A. N.; VARGAS, L. A. O enfermeiro na escola: práticas educativas na promoção da saúde de escolares. **Enfermería Global**, n. 11, p.1-14, 2007.

SOARES, S. M.; AMARAL, M. A.; SILVA, L. B. *et al.* Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Esc. Anna Nery Rev de Enferm.** 2008; 12(3): 485-91.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Cad. Saúde Pública.** v. 29, n. 6, Jun. 2013.

SOUSA, L. B.; AQUINO, P. S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev. enferm UERJ**, n.16, p.107-12, 2008.

SOUSA, L. B.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. C.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, v. 18, p. 55-60, 2010.

SOUZA, M. M.; BRUNINI, S.; ALMEIDA, N. A. M.; MUNARI, D. B. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev. bras. enferm.** v.60, n.1, Brasília, Jan./Feb. 2007.

SOUZA, Regina Magalhães de. O discurso do protagonismo juvenil. 2007. 351f. [Tese] (doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Univesidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-25042007-115242/>>. Acesso em: 16 Mar 2013.

SOUZA, M. M.; DEL-RIOS, N. H. A.; MUNARI, D. B.; WEIRICH, C. F. Orientação sexual: conhecimentos e necessidades de professores de um colégio público de Goiânia-GO. **Rev Eletr. Enf.** v.10, n. 2, p.460-471, 2008.

SHIH, Clara. **The Facebook Era: Tapping Online Social Networks to Market, Sell, and Innovate** (2nd Edition). Prentice Hall, 2010.

TOLEDO, M. M.; TAKAHASHI, R. F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, Abr. 2011.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. B.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc. Anna Nery Enfermagem**, v.11, n.2, p.296-302, jun. 2008.

VOMMARO, Pablo. Movilización social desde el protagonismo juvenil: experiencias de dos organizaciones rurales argentinas. **Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv.** v. 9, n. 1, p.191-213, ene/jun. 2011.

World Health Organization (WHO). **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2006-2015: breaking the chain of transmission.** Geneva: WHO, 2007.

ZERNIKE, W.; HENDERSON, A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. **Journal of clinical nursing**, v. 7, p. 37-44, 1998.

ZUCCO, L. P.; MINAYO, M. C. S. Sexualidade feminina em revista(s). **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 13, n. 28, p. 43-54, jan/mar 2009.

APÊNDICE A – CRONOGRAMA

ANO: 2012

ETAPAS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do projeto				X	X	X	X	X	X			
Revisão de literatura				X	X	X	X	X	X			
Elaboração do instrumento de coleta dos dados						X	X	X	X			
Exame Geral de Conhecimento										X		
Envio do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa											X	X
ANO: 2013												
Coleta de dados	X	X	X	X		X						
Descrição, análise e interpretação dos resultados			X	X	X	X	X	X				
Defesa da Dissertação										X		

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRÉ –TESTE



Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Fone: (085)33668457E-mail responsável: anacristina_itz@hotmail.com

Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares

PARTE I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

Qual a sua idade? _____ (anos completos)

Data de nascimento: ____________

Qual o seu sexo?

1. () Masculino
2. () Feminino

Em qual dessas classificações você define sua raça/cor?

- 1 () branca
- 2 () preta
- 3 () parda
- 4 () amarela
- 5 () indígena
- 6 () NRA (nenhuma resposta acima)

Qual a sua religião (praticada)?

- 1 () católica
- 2 () protestante
- 3 () espírita
- 4 () candomblé
- 5 () nenhuma
- 6 () outros _____

Qual a renda familiar?

- 1 () menos que um salário mínimo
- 2 () 1 salário mínimo
- 3 () maior que 1 até 2 salários
- 4 () maior que 2 até 3 salários
- 5 () maior que 3 até 4 salários mínimos
- 6 () cinco ou mais salários mínimos
- 7 () não quis responder
- 8 () não tem renda

Qual o grau de instrução do chefe do domicílio?

- 1 () Analfabeto/ Primário incompleto
- 2 () Primário completo/ Ensino Fundamental incompleto
- 3 () E. Fundamental completo /Ensino Médio incompleto
- 4 () Ensino Médio completo / Superior incompleto
- 5 () Superior completo

Qual a sua situação conjugal?

- 1 () casada(o)/união estável
- 2 () solteira (o), com parceiro(a) fixo
- 3 () solteira (o), sem parceiro (a) fixo
- 4 () separada
- 5 () divorciada
- 6 () viúva

PARTE II. CONHECIMENTOS SOBRE SEXUALIDADE E DST/HIV/AIDS

Onde obtém informações no dia a dia, FORA DA ESCOLA sobre sexualidade, prevenção de doenças transmitidas por via sexual (DST) e da AIDS ou HIV?

(aceita múltipla resposta)

- 1 () por amigos
- 2 () mãe
- 3 () pai
- 4 () profissionais de saúde
- 5 () parceiro
- 6 () rádio, televisão, jornal
- 7 () revistas/ livros
- 8 () Internet
- 9 () outros _____
- 10 () não recebi informações deste tipo fora da escola

Nos últimos seis meses, NA SUA ESCOLA você recebeu informações sobre sexualidade, uso de drogas, prevenção de doenças transmitidas por via sexual (DST) e da AIDS ou HIV e como evitar a gravidez precoce?

1. Sim
2. Nunca recebi informações deste tipo na escola

Se sim, onde/quando isto aconteceu? (aceita múltipla resposta)

1. Durante as aulas (especifique a disciplina) _____
2. Individualmente com um professor.
3. Conversando com colegas de classe ou outra turma
4. Em palestras, seminários, oficinas.
5. Folder/panfleto
6. Vídeos
7. Palestra com profissionais da Saúde
8. Outra forma: _____

Quando os alunos desta escola necessitam de atendimento ou querem receber cuidados de saúde, a escola indica algum posto de saúde?

1. () Sim
2. () Não

Você já esteve no posto de saúde alguma vez?

1. Sim
2. Não

Se ESTEVE no posto indicado pela escola. Qual o tipo de atendimento obteve neste posto?

(aceita múltipla resposta)

1. Atividades educativas (palestras, vídeos, aulas, etc).
2. Tratamento de doenças transmitidas pelo sexo (DST)
3. Informações sobre como evitar gravidez
4. Recebimento de métodos para evitar a gravidez
5. Teste de gravidez
6. Consulta pré-natal ou pós-parto
7. Outro tipo de atendimento não relacionado com sexualidade, gravidez ou DST/AIDS

Em qual dessas fontes de informação você acredita mais? (aceita múltipla escolha)

1. Rádio, jornal, televisão
2. Folhetos ou panfletos
3. Em conversa com familiares ou amigos
4. Colegas de trabalho
5. Na escola
6. Nos serviços de saúde
7. Conversa com o namorado/companheiro
8. Na igreja
9. Internet

PARTE III. COMPORTAMENTO SEXUAL

As próximas questões são consideradas de caráter íntimo, gostaria de repetir que nenhuma entrevista será analisada individualmente, mas sempre em conjunto, garantindo a confidencialidade das informações. É importante que suas respostas sejam sinceras.

Quando que você acha que uma pessoa pode ter relação sexual?

1. basta ter atração
2. sejam pelo menos bons amigos
3. quando são namorados
4. apenas quando estão noivos
5. só depois do casamento
6. todas as vezes que sentir vontade, desejo.
9. não sei

Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida?

1. Sim
2. Não [pular a próxima SEÇÃO]
3. Não sei/não quero responder [pular a próxima SEÇÃO]

Sobre a 1ª relação sexual:

Com que idade você teve a 1ª relação sexual? _____

Usou contraceptivo na 1ª relação sexual?

1. sim
2. não

Se usou, especifique qual? _____

Quem se preocupou em usar preservativo na 1ª relação sexual?

- 1 a(o) adolescente (respondente)
- 2 o parceiro/namorado
- 3 os dois
- 4 nenhum dos dois

O seu o parceiro da 1ª relação sexual era?

1. namorada(o)/noiva(o)
2. companheira(o)/marido
3. parceira(o) casual
4. ficante, rolo
5. outro: _____

Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/não quero responder

Qual método que utilizou para evitar gravidez e se proteger de DST nos últimos 12 meses? (aceita múltipla resposta)

1. nenhum
2. camisinha
3. coito interrompido (gozar fora)
4. tabelinha
5. pílula
6. outro: _____

Você já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/não quero responder

Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais você já teve? _____

Atualmente, de uma maneira geral, você tem relações sexuais:

1. com homens e com mulheres
2. somente com homens?
3. somente com mulheres?
4. Não sei/não quero responder

Na sua última relação sexual, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/não quero responder

Você teve relação sexual com parceiros(as) casuais, ou seja, paqueras, “ficantes”, rolos etc., nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/não quero responder

Nas relações sexuais que você teve com esses(as) parceiros(as) casuais(as) nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/não quero responder

O seu o parceiro da última relação sexual era?

1. namorada(o)/noiva(o)
2. companheira(o)/marido
3. parceira(o) casual
4. ficante, rolo
5. outro: _____

Você já teve relações sexuais com pessoas que conheceu pela internet?

1.Sim 2.Não 3.Não acesso Internet

Na última relação sexual que você teve com essas pessoas que conheceu pela internet, você usou camisinha?

1.Sim 2.Não

Se teve relações sexuais e não utilizou nenhum método, qual foi o principal motivo?

1.Não esperava ter relações sexuais 2. queria engravidar 3.não gosta, não fica bom
4.não sabe utilizar 5. não sabe como conseguir o método 6. minha religião não permite
7.Outra: _____

Na sua última relação você usou camisinha?

1.Sim 2.Não 3.Não lembra

Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou camisinha de graça no serviço de saúde?

1.Sim 2.Não 3.Não lembra

Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou camisinha de graça na escola?

1.Sim 2.Não

Você conhece o preservativo feminino, mesmo só de ouvir falar?

1.Sim 2.Não

Você ou sua namorada já utilizou o preservativo feminino?

1.Sim 2.Não

Você já fez o teste para Aids alguma vez na vida?

1.Sim 2.Não 3.Não lembra/não respondeu

Qual foi o principal motivo para você ter feito o teste para Aids?

1.Por solicitação do empregador
2.Doou sangue somente para se testar
3.Doou sangue porque precisou ou quis
4.Pré-natal
5.Algum comportamento de risco
6.Curiosidade
7.Parceira(o) pediu
8.Parceira(o) está infectada(o) pelo vírus da Aids
9.Indicação médica
10.Outro
motivo: _____
99. Não respondeu

Você fez o teste para Aids nos últimos 12 meses?

1.Sim 2.Não 3.Não lembra/não respondeu

Ainda com relação ao seu último teste para Aids, você sabe o resultado?

1.Sim 2.Não 3.Não lembra/não respondeu

Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1.Positivo 2.Negativo 3.Não quis informar

Você já teve, alguma vez na vida, algum dos seguintes problemas?(somente para as meninas)

Corrimento 1.Sim 2.Não

Idade do último episódio: ___ anos

Feridas na vagina 1.Sim 2.Não

Idade do último episódio: ___ anos

Pequenas bolhas na vagina 1.Sim 2.Não

Idade do último episódio: ___ anos

Verrugas (berrugas) na vagina 1.Sim 2.Não

Idade do último episódio: ___ ano

Você já teve, alguma vez na vida, algum dos seguintes problemas?(somente para os meninos)

Corrimento no canal da urina 1.Sim

2.Não Idade do último episódio: ___ anos

Feridas no pênis 1.Sim

2.Não Idade do último episódio: ___ anos

Pequenas bolhas no pênis 1.Sim

2.Não Idade do último episódio: ___ anos

Verrugas (berrugas) no pênis 1.Sim

2.Não Idade do último episódio: ___ anos

Na última vez em que você teve algum desses problemas, você fez algum tipo de tratamento?

1.Sim 2.Não 3.Não lembra

Na última vez que você teve um desses problemas, recebeu alguma dessas orientações?

Usar regularmente preservativo 1.Sim

2.Não

Informar aos(às) parceiros(as) 1.Sim

2.Não

Fazer o teste de HIV 1.Sim

2.Não

Fazer o teste de sífilis 1.Sim

2.Não

PARTE IV. ATITUDES, PRÁTICAS E CRENÇAS SOBRE DST/HIV

Sobre DST:

Caso você considere que a afirmação abaixo é verdadeira, marque um V; se considera falsa, marque um F, se não sabe responder, marque com um N.

- Q1. A pessoa pode estar com uma doença transmitida pelo sexo (DST), mesmo que não apresente sintomas []
- Q2. Se um dos parceiros sexuais é apropriadamente tratado para uma DST, não é necessário que o outro parceiro seja diagnosticado ou tratado []
- Q3. Se uma pessoa com DST não apresenta mais sintomas, então pode interromper o tratamento prescrito pelo médico []
- Q4. Entre parceiros sexuais, a mesma DST pode aparecer com diferentes sintomas no homem e na mulher []
- Q5. A pessoa não pega AIDS/DST se tiver apenas um parceiro []
- Q6. A pessoa não pega AIDS/DST se usar a camisinha na maioria das vezes que mantiver relações sexuais []
- Q7. Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar o vírus da DST/AIDS []

Nesta pergunta marque com um X quais são as formas de transmissão comprovadas da AIDS:

- Q8. Beijar na boca de uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS []
- Q9. Ter relação sexual vaginal, sem camisinha, com uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS []
- Q10. Ser picado por mosquito que picou uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS []
- Q11. Compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas que estejam infectadas pelo vírus da AIDS []
- Q12. Receber transfusões com sangue contaminado pelo vírus da AIDS []
- Q13. Doar sangue []
- Q14. Durante a gravidez, da mãe infectada pelo vírus da AIDS para o seu bebê, através da placenta []
- Q15. Usar banheiros públicos []
- Q16. Utilizar os mesmos talheres ou copos de outras pessoas com o vírus da AIDS []
- Q17. Através de vacinação, se o material utilizado for descartável []

Qual a sua opinião sobre as seguintes afirmações:

- Q18. 1. “Se um membro de uma família ficasse doente com o vírus da Aids, essa pessoa deveria ser cuidada na casa dessa família”.
1. Concorda 2. Discorda
- Q19. 2. “Se uma pessoa soubesse que alguém que trabalha vendendo legumes e verduras está com o vírus da Aids, ela poderia continuar comprando esses alimentos dele”.
1. Concorda 2. Discorda
- Q20. 3. “Se uma professora tem o vírus da Aids, mas não está doente, ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola”.
1. Concorda 2. Discorda
- Q21. 4. “Se um membro de uma família for infectado pelo vírus da Aids, essa família deveria manter isso em segredo”.
1. Concorda 2. Discorda

Q22. **Você sabe se alguém próximo a você (parente, amigo ou colega) está infectado pelo vírus da Aids ou morreu de Aids?**

1. Sim 2. Não

Q23. **Você já namorou/ficou com alguém com HIV/AIDS?**

1. Sim 2. Não 3. Não lembro

Q24. **Qual seria a sua atitude se descobrisse que estava com HIV/AIDS? (aceita múltipla escolha)**

1. conversaria com meu pai
2. conversaria com minha mãe
3. conversaria com um amigo(a)
4. procuraria o profissional da saúde
5. não tomaria nenhuma atitude
6. outra: _____

Q25. **Você tem medo de pegar alguma DST?**

1. Sim, muito
2. Mais ou menos
3. Não

Q26 Quais são as possibilidades de você contrair ou pegar DST/AIDS?

1. Nenhuma possibilidade
2. Pequena possibilidade
3. Moderada
4. Grande
5. Muito grande
6. Não sei

Q27 Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Uma pessoa que tem uma doença transmitida pelo sexo (DST)

1. tem mais risco de ter AIDS []
2. tem o mesmo risco de ter AIDS que qualquer outra pessoa []
3. tem menos risco de ter AIDS []
9. não sei []

Muito Obrigada pela sua entrevista

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PÓS-TESTE



Universidade Federal do Ceará
Departamento de Enfermagem

Fone: (085)33668457 E-mail responsável: anacristina_itz@hotmail.com

Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares

PARTE I. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE SEXUALIDADE E DST/HIV/AIDS

Sobre DST:

Se você considera que a afirmação abaixo é verdadeira, marque um V; se considera falsa, marque um F, se não sabe responder, marque com um N.

Q1. A pessoa pode estar com uma doença transmitida pelo sexo (DST), mesmo que não apresente sintomas
[]

Q2. Se um dos parceiros sexuais é apropriadamente tratado para uma DST, não é necessário que o outro parceiro seja diagnosticado ou tratado []

Q3. Se uma pessoa com DST não apresenta mais sintomas, então pode interromper o tratamento prescrito pelo médico []

Q4. Entre parceiros sexuais, a mesma DST pode aparecer com diferentes sintomas no homem e na mulher []

Q5. A pessoa não pega AIDS/DST se tiver apenas um parceiro []

Q6. A pessoa não pega AIDS/DST se usar camisinha na maioria das vezes que mantiver relações sexuais []

Q7. Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar o vírus da DST/AIDS []

Q8. Você já namorou/ficou com alguém com HIV/AIDS?

1. Sim 2. Não 3. Não lembro

Nesta pergunta, marque com um X quais são as formas de transmissão comprovadas da AIDS?

Q9. Beijar na boca de uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS []

Q10. Ter relação sexual vaginal, sem camisinha, com uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS []

Q11. Ser picado por mosquito que picou uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS []

Q12. Compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas que estejam infectadas pelo vírus da AIDS []

Q13. Receber transfusões com sangue contaminado pelo vírus da AIDS []

Q14. Doar sangue []

Q15. Durante a gravidez, da mãe infectada pelo vírus da AIDS para o seu bebê, através da placenta []

Q16. Usar banheiros públicos []

Q17. Utilizar os mesmos talheres ou copos de outras pessoas com o vírus da AIDS []

Q18. Através de vacinação, se o material utilizado for descartável []

Q19. Qual seria a sua atitude se descobrisse que está com HIV/AIDS?(aceita múltipla escolha)

1. conversaria com meu pai

2. conversaria com minha mãe

3. conversaria com um amigo(a)

4. procuraria um profissional da saúde

5. não tomaria nenhuma atitude

6. outra: _____

Q20 Quais são as possibilidades de você contrair ou pegar DST/AIDS?

7. Nenhuma possibilidade
8. Pequena possibilidade
9. Moderada
10. Grande
11. Muito grande
12. Não sei

Qual a sua opinião sobre as seguintes afirmações?

Q21 “Se um membro de uma família ficasse doente com o vírus da Aids, essa pessoa deveria ser cuidada na casa dessa família”.

1. Concorda 2. Discorda

Q22. “Se uma pessoa soubesse que alguém que trabalha vendendo legumes e verduras está com o vírus da Aids, ela poderia continuar comprando esses alimentos dele”.

1. Concorda 2. Discorda

Q23. “Se uma professora tem o vírus da Aids, mas não está doente, ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola”.

1. Concorda 2. Discorda

Q24. “Se um membro de uma família for infectado pelo vírus da Aids, essa família deveria manter isso em segredo”.

1. Concorda 2. Discorda

PARTE II. COMPORTAMENTO SEXUAL

Q26 Quando que você acha que uma pessoa pode ter relação sexual?

1. basta ter atração
2. sejam pelo menos bons amigos
3. quando são namorados
4. apenas quando estão noivos
5. só depois do casamento
6. todas as vezes que sentir vontade, desejo.
9. não sei

Q27 Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida?

1. Sim 2. Não [pular a próxima SEÇÃO] 3. Não sei/não quero responder [pular a próxima SEÇÃO]

Q28 Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

1. Sim 2. Não 3. Não sei/não quero responder

Q25 Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Uma pessoa que tem uma DST:

3. tem mais risco de ter AIDS []
4. tem o mesmo risco de ter AIDS que qualquer outra pessoa []
3. tem menos risco de ter AIDS []
9. não sei []

Q29 Qual método que utilizou para evitar gravidez e se proteger de DST nos últimos 12 meses? (aceita múltipla resposta)

1. nenhum 2. camisinha 3. coito interrompido (gozar fora) 4. tabelinha 5. pílula
6. outro: _____

Q30 Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais você já teve? _____

Q31 Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou preservativo de graça na Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não

Q32. Na sua última relação sexual, vocês usaram preservativo?

1. Sim 2. Não 3. Não sei/não quero responder

Q33 Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou preservativo de graça na escola?

- 1.Sim 2.Não

Q34 Você conhece o preservativo feminino, mesmo só de ouvir falar?

- 1.Sim 2.Não

Q35 Você fez o teste para AIDS nos últimos 12 meses?

- 1.Sim 2.Não 3.Não lembra/não respondeu

Q36 Qual foi o principal motivo para você ter feito o teste para Aids?

- 1.Por solicitação do empregador
2.Doou sangue somente para se testar
3.Doou sangue porque precisou ou quis
4.Pré-natal
5.Algum comportamento de risco
6.Curiosidade
7.Parceira(o) pediu
8.Parceira(o) está infectada(o) pelo vírus da Aids
9.Indicação médica
10.Outro motivo: _____
99. Não respondeu

Q37 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para AIDS?

- 1.Positivo 2.Negativo 3.Não quis informar

PARTE III. AVALIAÇÃO DO PLANTÃO EDUCATIVO

Como você classifica o plantão educativo na sua escola?

- 1.Muito bom
2.Bom
3.Ruim

Após ter participado do plantão educativo, você conseguiu mudar o seu conhecimento e os seus comportamentos em relação às DST/HIV/AIDS?

- 1.Sim, mudou para melhor
2.Não mudou
3.Em parte
4.Já tinha conhecimento e comportamentos compatíveis com o que foi explicado no plantão

A não mudança de comportamento após o plantão deve-se a qual motivo?

- 1.Achei interessante participar do plantão, mas não estou interessado em mudar meu comportamento
2.Os encontros do plantão não foram suficientes para motivar a minha mudança de comportamento
3.Tentei, mas não consegui
4.Não consegui mudar, mas vou continuar tentando, pois quero prevenir DST/HIV/AIDS
5.Gostaria de ter mudado, mas meu parceiro (a) não contribui para a mudança
6. Outro: _____

Após ter participado do plantão educativo você conseguiu começar a usar o preservativo na sua vida sexual?

- 1.Sim
2. Não
3.Em parte
4.Já usava o preservativo antes de participar do plantão educativo
5.Não tenho relações sexuais

Se não conseguiu começar a usar o preservativo, assinale abaixo o motivo:

- 1.Achei importante participar do plantão educativo, mas não estou interessado em usar preservativo
2.Os encontros do plantão não foram suficientes para desejar usar o preservativo
3.Tentei, mas não consegui
4.Não consegui, mas vou continuar tentando, pois quero prevenir DST/HIV/AIDS
5.Gostaria de ter começado a usar, mas meu parceiro (a) não quer usar preservativo
6.Não tenho relações sexuais
7.Outro motivo: _____

O que você considera como maior aprendizado no plantão educativo?

1. Como usar os preservativos
2. Conhecer as formas de transmissão de DST/HIV/AIDS
3. A importância de procurar informações corretas
4. A importância de adotar comportamento sexual seguro
5. Não tive aprendizado com o plantão educativo

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO RESPONSÁVEL LEGAL

Você está sendo convidado por Ana Cristina Pereira de Jesus Costa a autorizar a participação do seu filho como voluntário de uma pesquisa. Você não deve autorizar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Estou realizando uma pesquisa na escola de seu filho (a) que tem o título “PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS COM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Gostaria se possível, da sua autorização para que o seu filho (a) participe desta pesquisa, para responder algumas perguntas sobre o conhecimento, os comportamentos e as atitudes dele (a) relacionadas às DST/HIV. A pesquisa irá realizar na escola um plantão educativo, que será uma oportunidade de compartilhar informações sobre a prevenção das DST/HIV. Este plantão educativo será individual e seu filho (a) somente irá participar com a sua autorização.

Garanto ao senhor (a) que as informações fornecidas por seu filho(a) serão utilizadas apenas para a realização desta pesquisa, e seu nome e de seu filho(a) não serão identificados. Caso o senhor(a) queira poderá ter acesso ao questionário da pesquisa ou tirar dúvidas sobre a pesquisa na hora que quiser. O senhor(a) tem o direito de retirar a sua autorização durante a pesquisa, sem nenhum problema. A participação do (a) seu filho (a) será voluntária, ele(a) não irá receber pagamento para participar da pesquisa.

Como seu filho (a) irá responder a perguntas e participar do plantão educativo sobre DST/AIDS poderá ter risco psicológico, representado por desconfortos emocionais ou sociais pelo fato de participar de um estudo relacionado às DST/AIDS. Será garantido ao senhor(a) que as informações serão apenas para esta pesquisa, e serão guardadas, sem identificar seu filho, sendo minha a responsabilidade de guardá-las.

Como benefício a pesquisa pode contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes, além de auxiliar a melhorar as atividades educativas em saúde na escola para práticas e atitudes saudáveis em relação à sexualidade. A divulgação das informações conseguidas pela participação de seu filho ocorrerá apenas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Gostaria muito de poder contar com a participação de seu filho (a), e desde já lhe agradeço. Caso o senhor(a) autorize seu filho (a) participar da pesquisa, peço que o senhor (a)

e o seu filho (a) rubriquem todas as folhas e coloquem as suas assinaturas na última página deste Termo de Consentimento. Assim como o senhor(a) também irei rubricar e assinar as folhas deste Termo de Consentimento, deixando uma cópia comigo e outra cópia com o senhor(a).

Endereço da responsável pela pesquisa:

Ana Cristina Pereira de Jesus Costa.

Endereço: Rua Itaúna, 09, Bairro: Parque Alvorada I, Imperatriz-MA. Fone: (99)3221-7601; (99)9904-1415;

Universidade Federal do Ceará: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 3366-8464.

ATENÇÃO: se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação do seu filho na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 3366-8344.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está autorizando a participação do seu filho como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas.

_____	____/____/____	_____
Nome do responsável legal	Data	Assinatura

_____	____/____/____	_____
Nome da pesquisadora	Data	Assinatura

APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS COM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Será realizado na escola um plantão educativo individual, para compartilhar informações sobre a prevenção das DST/HIV, além disso, você deverá responder a um questionário sobre o seu conhecimento, as suas práticas e atitudes em relação às DST/HIV. O motivo da realização desta pesquisa está relacionado ao aumento no número de casos de infecções provocadas por DST/HIV em adolescentes.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido(a) sobre o que deseja saber da pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e caso você se recuse em participar não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido (a) pela pesquisadora que guardará a sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação. Neste estudo você irá responder a perguntas e participar do plantão educativo sobre DST/AIDS, poderá ter risco psicológico, representado por desconfortos emocionais ou sociais pelo fato de você participar de um estudo relacionado às DST/AIDS.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados comigo, responsável pela pesquisa. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ– Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 3366-8344.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ANA CRISTINA PEREIRA DE JESUS COSTA; IMPERATRIZ (MA) - CEP: 65907-090, FONE: (99) 3221-7601/ E-MAIL: anacristina_itz@hotmail.com

Eu, _____, portador (a) do Documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão da minha participação se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, ____ de _____ de 20____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE F – ORÇAMENTO

Os custeios do projeto: **Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares** foram financiados pela Pesquisadora Responsável, sem a utilização de órgãos de fomentos a pesquisas, conforme detalhamento abaixo.

DETALHAMENTO DO FINANCIAMENTO

DESCRIÇÃO	VALOR
Material bibliográfico	1.078,00
Passagens, diárias e tratamento estatístico	5.878,00
Equipamentos e materiais permanentes	2.500,00
Resma de Papel A4	220,00
Câmera filmadora digital SONY Flash Memory DCR-SX 20	400,00
Netbook Philco	900,00
Gravador digital de voz Powerpack	150,00
TOTAL GERAL	11.126,00

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protagonismo dos adolescentes escolares na prevenção de DST/HIV/AIDS

Pesquisador: Ana Cristina Pereira de Jesus Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11803213.0.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 191.522

Data da Relatoria: 31/01/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação Dessa forma, diante do que foi pontuado até aqui, é importante criar espaços de educação em saúde no âmbito escolar como mecanismo de sensibilização, empoderamento e avanço positivo no enfrentamento da vulnerabilidade dos jovens que visa avaliar a aplicação de uma intervenção educativa no ambiente escolar por meio de plantões de educação em saúde sobre DST/HIV/AIDS com adolescentes numa escola de Imperatriz no Maranhão.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: * Avaliar a aplicação de uma intervenção educativa por meio da criação de plantões de educação em saúde sobre DST/HIV/AIDS com adolescentes no ambiente escolar. **2.2 Específicos:** * Identificar o conhecimento de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS antes e após o desenvolvimento da intervenção educativa em saúde sobre DST/HIV/AIDS. * Conhecer comportamentos e atitudes de adolescentes em relação a práticas sexuais seguras antes e após a intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador relata o risco psicológico, representado por desconfortos emocionais ou sociais pelo fato de participar de um estudo relacionado às DST/AIDS. Como benefício o pesquisador coloca a contribuição para a promoção da saúde dos adolescentes, além de auxiliar a melhorar as atividades educativas em saúde na escola para práticas e atitudes saudáveis em relação à sexualidade

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo usará a abordagem quanti-qualitativa, realizado numa escola da rede pública estadual do município de Imperatriz-MA. Como referencial norteador do estudo propõe-se a utilização da abordagem Community - Based Participatory Research e CBPR (Pesquisa participativa baseada na comunidade). A população do estudo será constituída por 500 adolescentes (entre 15 e 17 anos), alunos do ensino médio, de ambos os sexos, da maior escola estadual de ensino fundamental e médio do município de Imperatriz-MA. Estão descritos os critérios de inclusão e exclusão, o cálculo do tamanho da amostra.

O instrumento de coleta de dados será um questionário (anexado) com questões sobre características individuais, comportamentos e atitudes em relação à sexualidade e o conhecimento sobre DST/HIV/AIDS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de forma adequada folha de rosto, cronograma, orçamento, anuência da do local de realização, Curriculum vitae, TCLE, termo de assentimento.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 31 de Janeiro de 2013

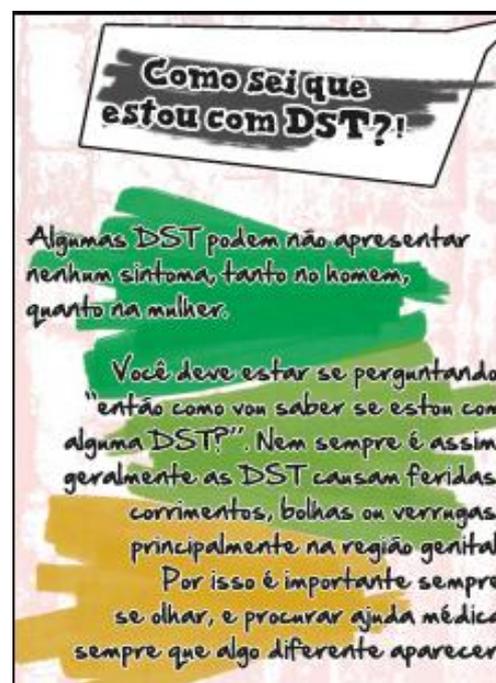
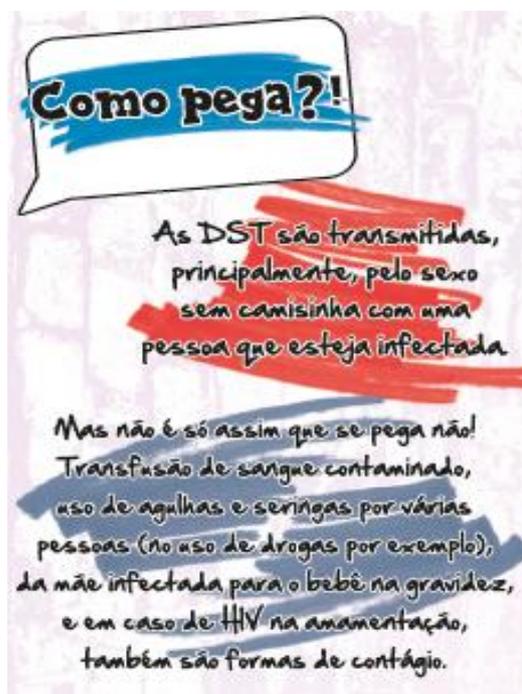
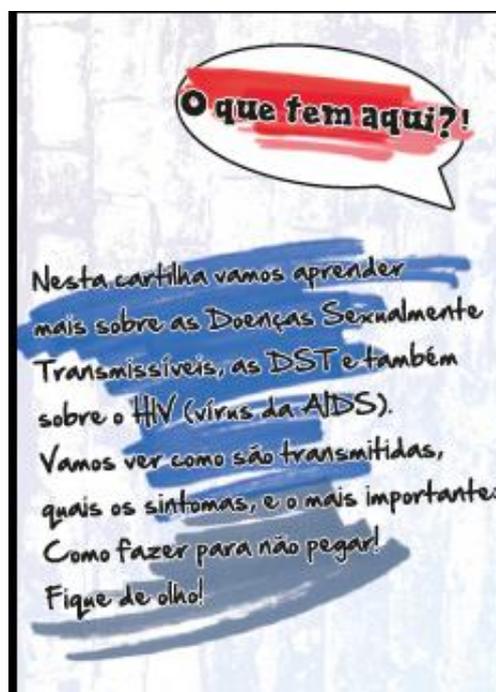
Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127	
Bairro: Rodolfo Teófilo	CEP: 60.430-270
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3386-8344	Fax: (85)3223-2903
	E-mail: comepe@ufc.br

**ANEXO B – BROCHE DE LAÇO VERMELHO SÍMBOLO DA LUTA CONTRA
HIV/AIDS**



ANEXO C – CARTILHA PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS NA ADOLESCÊNCIA



Estou com DST e AGORA?!

Para impedir a transmissão e/ou reinfecção, ambos os parceiros devem ser examinados e tratados, e seguir com orientações de um profissional de saúde.

Como faço para não pegar?!

Usar camisinha em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal), é a melhor maneira de reduzir o risco de transmissão das DST/HIV.

SE LIGA!

Usar camisinha é sempre o melhor a fazer, além de evitar gravidez, te protege contra as DST e o HIV, então fique atento, e se cuide, sua saúde é mais importante!



Muito Prazer!

Sexo sem DST/HIV

Agora já sabe né?!