



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

**LYDIA VIEIRA FREITAS**

**AVALIAÇÃO DE PROPOSTAS EDUCATIVAS PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV**  
**EM ADOLESCENTES – USO ISOLADO E COMBINADO DE TECNOLOGIAS**

**FORTALEZA**

**2014**

LYDIA VIEIRA FREITAS

AVALIAÇÃO DE PROPOSTAS EDUCATIVAS PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV EM  
ADOLESCENTES – USO ISOLADO E COMBINADO DE TECNOLOGIAS

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA

2014

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

- 
- F936a Freitas, Lydia Vieira.  
Avaliação de propostas educativas para a prevenção de DST/HIV em adolescentes : uso isolado e combinado de tecnologias / Lydia Vieira Freitas. – 2014.  
167 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.
1. Enfermagem. 2. Adolescente. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4. Educação em Saúde. 5. Tecnologia Educacional. I. Título.

LYDIA VIEIRA FREITAS

AVALIAÇÃO DE PROPOSTAS EDUCATIVAS PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV EM  
ADOLESCENTES – USO ISOLADO E COMBINADO DE TECNOLOGIAS

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Gomes Linard  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Fontenelle Catrib  
Universidade de Fortaleza-UNIFOR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Karina Bezerra Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lorena Barbosa Ximenes  
Universidade Federal do Ceará-UFC

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais essa conquista, e por ter me proporcionado muito mais do que eu jamais imaginei, cuidando de mim em todos os momentos da minha vida. Motivos não me faltam para ser grata a Ele!

Ao meu marido Júlio Werner, pessoa mais que especial na minha vida, que com todo amor e carinho cuida de mim, alegra os meus dias e me faz querer ser sempre uma pessoa melhor! Todos os nossos dias juntos são extremamente especiais! Amo você!

Aos meus pais Costa e Leonízia que cuidam de mim e que estão sempre por perto para me ajudar em tudo. Vocês são meu espelho!

Aos meus irmãos Aline e Raphael, com quem sempre me divirto muito desde a infância até os dias de hoje.

A família que ganhei quando me casei, Socorro, Miriã, Felipe e Evne, que são muito especiais para mim.

Aos meus avós, tios e primos por estarem sempre comigo.

As minhas amigas de graduação e pós-graduação que alegraram uma década da minha vida na universidade, e continuarão alegrando sempre.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará que cooperou muito para a minha formação profissional, pessoas estas que jamais esquecerei.

A minha orientadora, prof. Neiva Vieira, que sempre foi brilhante nessa caminhada e mesmo em momentos bastante delicados de sua vida foi sempre atenciosa comigo se tornando um exemplo para mim.

Ao corpo docente do curso de Enfermagem da FAMETRO e da UNILAB, grandes amigos com quem tive o prazer de trabalhar durante o percurso da pós-graduação.

As professoras Lorena Barbosa, Ana Karina Pinheiro, Andrea Linard, Ana Catrib, Leilane Barbosa e Ana Kelve Damasceno pela dedicação e por terem participado da minha trajetória acadêmica, assim como da banca de avaliação desse trabalho, sendo muito atenciosas comigo durante esta etapa da minha vida.

Aos bolsistas do Programa de Educação Tutorial – PET, do qual fui bolsista durante quatro anos da minha graduação, e do Projeto Aids, do qual participo atualmente, que participaram da coleta de dados para que este trabalho pudesse ser concretizado.

Aos membros do Projeto Aids – Educação e Prevenção, pelo companheirismo durante o curso de doutorado.

Aos diretores e coordenadores das escolas que autorizaram o desenvolvimento deste estudo nas escolas.

Aos adolescentes que participaram deste estudo.

Aos pais dos adolescentes que prontamente autorizaram a sua participação do presente estudo.

A todos os que de alguma forma cooperaram para o desenvolvimento deste estudo.

Muito obrigada!

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo avaliar a aplicação de proposta educativa para prevenção de DST/HIV utilizando estratégias de *site* educativo e roda de conversa de forma isolada e combinada. Trata-se de um estudo avaliativo realizado em três escolas públicas de Fortaleza, Ceará, de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. As escolas receberam três tipos de estratégias educativas: somente *site* educativo, somente roda de conversa e *site* educativo combinado a roda de conversa. Deste modo participaram do estudo 66 alunos na Escola A, 65 alunos na Escola B e 78 alunos na Escola C, totalizando 209 estudantes. Foi selecionado um *site* educativo disponível na internet e construiu-se um roteiro de roda de conversa para nortear a estratégia educativa. Os adolescentes antes da estratégia educativa e 30 dias após preencheram o instrumento de coleta de dados disponível *online*. O referido projeto foi aprovado pelo nº 466.420 de 11/11/2013. Os adolescentes apresentaram média de idade de 16,34 anos, eram mulheres em sua maioria, possuíam renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, e eram principalmente católicos e evangélicos. 47,4% dos adolescentes tinham iniciado vida sexual, e o fizeram em média com 14,4 anos. O grupo que recebeu somente o *site* educativo apresentou melhores resultados apenas para os quesitos conversa com os pais sobre sexualidade e deseja realizar o teste rápido. O grupo que recebeu o *site* educativo e a roda de conversa apresentou resultados mais positivos para os quesitos conversa com o parceiro sobre o uso da camisinha e sobre a atitude de procurar o serviço de saúde. O grupo que recebeu somente a roda de conversa se destacou com relação aos quesitos conhecimento sobre HIV, negociação do uso de camisinha, a atitude de reconhecer a camisinha como método para prevenir DST/HIV, a intenção de usar camisinha para prevenir DST/HIV e o ato de achar importante buscar o serviço de saúde. Deste modo, o grupo que recebeu somente a roda de conversa como estratégia educativa, apresentou melhores resultados com relação a um maior número de quesitos e com índices superiores aos outros grupos. Isto mostra a importância dos recursos humanos na educação em saúde, ou seja, a presença do educador se mostrou neste estudo como essencial. Deste modo, o presente estudo concluiu que tecnologias educativas leves como a roda de conversa em uma única sessão para adolescentes foi mais eficaz na melhoria do conhecimento e da prática da promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

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

## ABSTRACT

The present study aims to assess the implementation of educational program to prevent STD/HIV using strategies educational of educational site and round of conversation of combined and isolated wheel. This is an evaluative study conducted in three public schools in Fortaleza, Ceará. Schools received three types of educational strategies: only the educational site, only round of conversation and combined educative website and round conversation. Thus participated in the educational strategies 100 students from School A, 98 students from School B and 125 students from School C, totaling 323 adolescents remained in the study 66 students from School A, 65 students from School B and 78 students from School C, totaling 209 students. An educational site selected was available on the internet and built a script of the conversation wheel to guide the educational strategy. Teenagers completed the term of assent and their parents completed the term of free and informed consent, and educational strategy before and 30 days after the completed instrument of data collection available online. This project was approved by Brazil Platform. Adolescents had a mean age of 16,34 years, were mostly women, had a family income 1-2 minimum wages, and were mostly catholics and evangelicals. 47,4 % of adolescents were sexually active, and made an average of 14,4 years. The group that received only the educational site just presented better results for the questions talk with parents about sexuality and want to perform rapid testing. The group receiving the educational site and round conversation yielded better results for the questions talk with your partner about condom use and the attitude of seeking health services. The group that received only the round conversation stood presenting better results for the questions on HIV knowledge, condom use negotiation, the attitude of recognizing the condom as a method to prevent STD/HIV, the intention to use condoms to prevent STD/HIV and the act of finding important to seek health services. Thus, the group that received only the round of conversation as an educational strategy showed better results with respect to a larger number of questions and with higher indices. This shows the importance of human resources in health education, and the presence of the educator in this study proved to be essential. Thus , this study concluded that educational technologies light such as round of conversation in a single session for teens will be more effective in improving knowledge and practice of promoting sexual and reproductive health of adolescents.

**Keywords:** Nursing. Teenager. Sexually Transmitted Diseases. Health Education. Educational Technology.



## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la aplicación del programa educativo para prevenir ETS/VIH utilizando educativo *site* y sitio de debate de modo combinado y aislado. Se trata de un estudio de evaluación llevado a cabo en tres escuelas públicas de Fortaleza, Ceará. Las escuelas recibieron tres tipos de estrategias educativas: sólo *site* educativo, sólo sitio de debate, y *site* educativo combinado al sitio de debate. Así, participaron de las estrategias educativas 100 estudiantes de la Escuela A, 98 estudiantes de la Escuela B y 125 estudiantes de la Escuela C, con un total de 323 adolescentes, permaneciendo en el estudio 66 estudiantes de la Escuela A, 65 estudiantes de la Escuela B y 78 estudiantes de la Escuela C, con un total de 209 estudiantes. Fue seleccionado un *site* educativo disponible en Internet y se construyó una secuencia de comandos del sitio de debate para guiar la estrategia educativa. Los adolescentes completaron el termo de asentimiento y sus padres completaron el termo de consentimiento libre e informado, y antes de la estrategia educativa y 30 días los adolescentes respondieron al instrumento. Este proyecto fue aprobado por Plataforma Brasil. Los adolescentes tenían una edad media de 16,34 años, eran en su mayoría mujeres, tenía un ingreso familiar de 1-2 salarios mínimos, y eran en su mayoría católicos y evangélicos. 47,4 % de los adolescentes eran sexualmente activos, e hizo un promedio de 14,4 años. El grupo que recibió sólo el web educativo presentó mejores resultados en las cuestiones hablar con los padres sobre sexualidad y quieren realizar pruebas rápidas. El grupo que recibió lo *site* educativo y el sitio de debates ha dado mejores resultados en las cuestiones hablar con su pareja sobre el uso del condón y la actitud de búsqueda de servicios de salud. El grupo que recibió sólo el sitio de debates puso de presentar mejores resultados para las preguntas de conocimiento sobre el VIH, el negociación del uso del condón, la actitud de reconocer el condón como método para prevenir ETS/VIH, la intención de usar condones para prevenir ETS/VIH y el acto de considerar importante buscar los servicios de salud. Por lo tanto, el grupo que recibió sólo el sitio de debate como estrategia educativa mostró mejores resultados con respecto a un mayor número de preguntas y con los índices más altos. Esto demuestra la importancia de los recursos humanos en la educación de la salud, es decir, la presencia del educador en este estudio demostró ser esencial. Por lo tanto, este estudio concluyó que las tecnologías educativas, como el sitio de debates en una sola sesión para que los adolescentes sean más eficaces en la mejora del conocimiento y la práctica de la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

**Palabras clave:** Enfermería. Adolescente. Enfermedades de Transmisión Sexual. Educación para la Salud. Tecnología Educativa.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 –	Distribuição da amostra do estudo de acordo com a coleta de dados....	55
Fluxograma 2 –	Fases de desenvolvimento do estudo.....	56
Fluxograma 3 –	Busca dos <i>sites</i> educativos na Biblioteca Virtual de Saúde.....	57
Fluxograma 4 –	Caminho percorrido na avaliação dos sites educativos.....	58
Figura 1 –	Página de apresentação do <i>site</i> educativo.....	59
Figura 2 –	Página de apresentação das formas de contágio pelo HIV.....	60
Figura 3 –	Página de apresentação das formas de prevenção de contaminação por HIV, com animações sobre o tema.....	60
Figura 4 –	Quadro síntese dos resultados apresentados pelos adolescentes mediante a comparação dos resultados de pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	106

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características sociodemográficas, Fortaleza, 2014.....	73
Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características sexuais, Fortaleza, 2014.....	74
Tabela 3 – Distribuição da associação das características sociodemográficas dos estudantes segundo a sua escola de origem, Fortaleza, 2014.....	75
Tabela 4 – Associação das características sexuais dos estudantes com a sua escola de origem, Fortaleza, 2014.....	76
Tabela 5 – Associação da idade e idade de início de vida sexual dos estudantes com a sua escola de origem, Fortaleza, 2014.....	77
Tabela 6 – Avaliação do conhecimento dos adolescentes sobre HIV antes e após as estratégias educativas, Fortaleza, 2014.....	78
Tabela 7 – Associação da idade sobre o conhecimento dos adolescentes sobre HIV antes e após as estratégias educativas, Fortaleza, 2014.....	79
Tabela 8 – Associação da religião sobre o conhecimento dos adolescentes antes e após as estratégias educativas, Fortaleza, 2014.....	80
Tabela 9 – Atitude dos adolescentes sobre a possibilidade de mudança de comportamento sexual no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	81
Tabela 10 – Associação da idade sobre a atitude dos adolescentes sobre a possibilidade de mudança de comportamento sexual no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	82
Tabela 11 – Associação da religião e a atitude dos adolescentes sobre a possibilidade de mudança de comportamento sexual no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	83
Tabela 12 – Atitude dos adolescentes sobre a necessidade de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	84
Tabela 13 – Associação da idade sobre a atitude dos adolescentes sobre a necessidade de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	85
Tabela 14 – Associação da religião sobre a atitude dos adolescentes sobre a necessidade de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	86

Tabela 15 – Atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso de camisinha no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	87
Tabela 16 – Associação da idade sobre a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso de camisinha no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	88
Tabela 17 - Associação da religião sobre a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso de camisinha no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	89
Tabela 18 – Atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014. ....	90
Tabela 19 – Associação entre a idade e a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.	91
Tabela 20 – Associação entre a religião e a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade no pré e pós-teste Fortaleza, 2014..	92
Tabela 21 – Atitude dos adolescentes sobre a importância de reconhecer a camisinha para prevenir DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	93
Tabela 22 – Associação entre a idade e a atitude dos adolescentes sobre a importância de reconhecer a camisinha para prevenir DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	94
Tabela 23 – Associação entre a religião e a atitude dos adolescentes sobre a importância de reconhecer a camisinha para prevenir DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.....	95
Tabela 24 – Atitude dos adolescentes sobre o desejo de utilizar camisinha como método de prevenção de DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	96
Tabela 25 – Atitude dos adolescentes sobre a importância de buscar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	97
Tabela 26 – Associação entre a idade e a percepção da importância de procurar o serviço de saúde visando a saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, Fortaleza, 2014.....	98
Tabela 27 – Influência da religião sobre a percepção do adolescente de considerar importante procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e	

reprodutiva, Fortaleza, 2014.....	99
Tabela 28 – Comportamento dos adolescentes no sentido de procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva no pré e pós-teste, Fortaleza-2014.....	100
Tabela 29 - Influência da idade sobre o ato de procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, Fortaleza, 2014.	101
Tabela 30 - Influência da religião sobre o ato de o adolescente procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, Fortaleza, 2014.....	102
Tabela 31 – Atitude dos adolescentes sobre o desejo de realizar o teste rápido para a detecção do HIV no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.....	103
Tabela 32 - Influência da idade sobre o desejo de realizar o teste rápido para HIV entre adolescentes, Fortaleza, 2014.....	104
Tabela 33 - Influência da religião sobre a intenção do adolescente de realizar o teste rápido para HIV, Fortaleza, 2014.....	105

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>HIPÓTESES DO ESTUDO</b> .....	30
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	31
3.1	<b>Objetivo geral</b> .....	31
3.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	31
4	<b>ESTADO DA ARTE</b> .....	32
4.1	<b>Políticas públicas de atenção ao adolescente: um avanço na promoção da saúde</b> .....	32
4.2	<b>Promoção e Educação em saúde na Prevenção de DST/HIV na Adolescência</b> .....	36
4.3	<b>Escola como espaço da promoção da saúde sexual e prevenção de DST/HIV</b> .....	46
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	52
5.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	52
5.2	<b>Local do estudo</b> .....	52
5.3	<b>População e amostra do estudo</b> .....	54
5.4	<b>Fases do estudo</b> .....	56
5.4.1	<i>Fase 1 – Seleção do site educativo</i> .....	57
5.4.2	<i>Fase 2 – Elaboração do roteiro da roda de conversa</i> .....	61
5.4.3	<i>Fase 3 – Grupo que recebeu a estratégia educativa somente com o site educativo</i> .....	62
5.4.4	<i>Fase 4 – Grupo que recebeu a estratégia educativa somente com a roda de conversa</i> .....	63
5.4.5	<i>Fase 5 – Grupo que recebeu a estratégia educativa com roda de conversa e site educativo</i> .....	64
5.4.6	<i>Fase 6 – Comparação dos resultados de cada grupo</i> .....	66
5.5	<b>Instrumentos de coleta de dados</b> .....	66
5.6	<b>Apresentação e análise de dados</b> .....	67
5.7	<b>Aspectos éticos do estudo</b> .....	68
6	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	69

6.1	<b>Fase 3 – Grupo que recebeu a estratégia educativa somente com o <i>site</i> educativo.....</b>	69
6.2	<b>Fase 4 – Grupo que recebeu a estratégia educativa somente com a roda de conversa.....</b>	71
6.3	<b>Fase 5 – Grupo que recebeu a estratégia educativa com roda de conversa e <i>site</i> educativo.....</b>	72
6.4	<b>Fase 6 – Comparação dos resultados de cada grupo.....</b>	73
7	<b>DISCUSSÕES.....</b>	108
8	<b>CONCLUSÕES.....</b>	127
9	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	130
10	<b>RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	132
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	134
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO SITE EDUCATIVO.....</b>	146
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA.....</b>	147
	<b>APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP (GRUPO QUE RECEBERÁ SOMENTE O SITE EDUCATIVO).....</b>	148
	<b>APÊNDICE D - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP (GRUPO QUE RECEBERÁ SOMENTE A RODA DE CONVERSA).....</b>	149
	<b>APÊNDICE E - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP (GRUPO QUE RECEBERÁ O SITE EDUCATIVO E A RODA DE CONVERSA).....</b>	150
	<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	151
	<b>APÊNDICE G - TERMO DE ASSENTIMENTO.....</b>	152
	<b>APÊNDICE H - INSTRUMENTO ONLINE – ADAPTADO.....</b>	153
	<b>ANEXO A - INSTRUMENTO ONLINE – NA ÍNTEGRA.....</b>	158
	<b>ANEXO B - VISUALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO NA FERRAMENTA GOOGLE DOCS.....</b>	164
	<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO – PLATAFORMA BRASIL.....</b>	165



## 1 INTRODUÇÃO

A vida de homens e mulheres é composta de diversos âmbitos que se interpõem e se complementam de forma natural, e nas diferentes fases da vida cada um destes aspectos assume diferentes níveis de importância. Dentre os citados aspectos, destacam-se: biológico, social, psíquico, moral, sexual.

Estes aspectos são igualmente importantes em todas as fases da vida: infância, adolescência, idade adulta, terceira idade. Vale destacar que os âmbitos da vida humana sofrem alterações importantes de uma fase do desenvolvimento para a próxima fase, mas na transição entre infância e adolescência estas alterações são peculiares.

Os adolescentes constituem a população entre 10 e 19 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a), que estão incluídos no grupo de jovens, que possuem entre 10 e 24 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b), e merecem atenção devido as suas peculiaridades.

A população adolescente assume importância significativa mundialmente, visto que consiste na futura população produtiva e economicamente ativa, e que pode trazer crescimento para os países de modo geral. No mundo, temos em torno de 1,2 bilhões de adolescentes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009). No Brasil, constata-se que 41,8% da população constitui-se de pessoas de até 24 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), e 11% correspondem a adolescentes, perfazendo um total de 21 milhões de indivíduos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011a). No Ceará, existem em torno de 1,7 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos, correspondendo a 16% da população do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Os adolescentes, em geral, passam por uma fase de significativas mudanças que correspondem a uma etapa de transição entre a fase da infância e a fase adulta. Normalmente ocorre aceleração repentina do crescimento, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias; mudanças menos evidentes também ocorrem, como a aceleração do desenvolvimento elétrico e fisiológico das células cerebrais, que podem se multiplicar, causando uma reorganização neural, que acarreta um impacto significativo sobre a capacidade emocional, física e mental do indivíduo (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A

INFÂNCIA, 2011b; CAMARGO; FERRARI, 2009). O adolescente, em meio a todas as supracitadas mudanças, procura construir a sua identidade sexual integrando sentimentos, necessidades e desejos (FERREIRA; TORGAL, 2011).

Tantas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais na vida do adolescente fazem com que este necessite de informações a respeito de como manter-se saudável nas diversas situações que ele poderá vivenciar.

A falta de informações sobre sexualidade saudável ou o não cumprimento das mesmas podem resultar na falta de compreensão do adolescente sobre sua própria maturação sexual, o que pode deixá-lo vulnerável a informações erradas e até a adoção de práticas sexuais inseguras, podendo culminar na ocorrência de gravidez não planejada ou na contaminação por microorganismos causadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A referida falta de informações sobre sexualidade saudável acarreta a necessidade de um cuidado em saúde que contenha estratégias eficazes de promoção da saúde sexual. Isto deve levar em consideração as peculiaridades do indivíduo adolescente, no que se refere ao compartilhamento de informações sobre sexualidade bem como a sensibilização para que o adolescente seja capaz de se autocuidar em relação a sua sexualidade.

Considerando o alto número de indivíduos adolescentes no mundo e no país, medidas de promoção de comportamento sexual seguro devem ser adotadas, para que sejam evitados problemas de saúde a nível populacional no futuro pelo aumento da incidência de DST/HIV nesta população.

A sexualidade consiste no conjunto de fatores que determina um padrão feminino ou masculino ao indivíduo, e representa a expressão dos diversos âmbitos do ser humano, como características biológicas, psicológicas e sociais, incluindo reprodução e autoafirmação social e individual, e sentimentos como o amor e o prazer (FREITAS *et al.*, 2006).

A sexualidade abrange ainda os aspectos culturais e históricos de um indivíduo ou uma população, não se restringindo exclusivamente às metas reprodutivas, mas sendo componente importante das relações amorosas e dos laços afetivos envolvidos entre as pessoas (BRASIL, 2010a).

Apesar de o exercício da sexualidade ser considerado simples, trata-se de uma tarefa muito complexa que permeia aspectos cognitivos que vão desde os mais primitivos (sensoriais) até esquemas de representação mais complexos, que envolvem a linguagem

corporal, facial e outros sistemas de sinais, permeando ainda os aspectos culturais, extremamente relevantes, também imbricados na formação e no exercício da sexualidade humana (ROMERO et al., 2007).

A complexidade que permeia a sexualidade humana destaca que esta é um componente da vida que poderá e deverá ser diferente entre os indivíduos, devendo ser tratada de maneira individualizada pelos profissionais de saúde frente aos usuários que os procuram.

Desta forma, é importante que os indivíduos exerçam a sexualidade de forma segura e saudável, sendo necessário que os mesmos conheçam os fatores de risco inerentes a atividade sexual humana, bem como as formas de se proteger dos mesmos, visando o autocuidado. Isto se torna imprescindível, quando se trata de uma população que está com as características sexuais em pleno desenvolvimento, como é o caso dos adolescentes.

Existem fatores que conferem risco de contaminação por DST/HIV, e dentre estes estão: o não uso de preservativo feminino ou masculino nas relações sexuais (CEARÁ, 2002), consumo de álcool e drogas (BELLENZANI, SANTOS; PAIVA, 2012), multiplicidade de parceiros sexuais (ABOIM, 2012), início precoce e despreparado da vida sexual, baixa escolaridade e falta de acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva junto ao profissional de saúde (LUNA et al., 2012). Destaca-se que os adolescentes, por estarem vivenciando uma fase tipicamente de descobertas, e por serem destemidos, acabam se expondo mais aos supracitados comportamentos de risco, colocando em risco a sua própria saúde.

A multiplicidade de parceiros sexuais se reflete no aumento da possibilidade de contaminação por microorganismos que estejam presentes nos mais diversos parceiros, podendo ser agravado pela possibilidade destes parceiros terem outros parceiros, o que aumenta ainda mais a possibilidade de ocorrência de contaminação, e conseqüente DST/HIV.

A antecipação da iniciação sexual pode trazer como importantes conseqüências a possibilidade de uma gravidez não planejada e a infecção por DST/HIV, pois em geral somam-se estes fatores ao fato de não haver um uso consistente de métodos contraceptivos e protetores das doenças entre os adolescentes (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Este fator tem preocupado bastante os profissionais da saúde pela ocorrência de gravidez e DST/HIV logo nos primeiros anos da adolescência, podendo ocasionar mudanças consideráveis na vida destes jovens, seja pela maternidade / paternidade ou pela necessidade de um tratamento clínico para a recuperação de sua saúde.

Com relação a falta de acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes pelos profissionais da saúde, esta pode ser decorrente da vergonha e da timidez em tratar deste assunto junto a um desconhecido, e isto contribui para a vulnerabilidade desta população frente aos valores e tabus sociais relacionados a temática (MACEDO et al., 2013).

Desta forma, pode-se considerar como o conceito de sexualidade saudável o comportamento do indivíduo que o coloca em posição de isenção dos fatores de risco a que a vida sexual o expõe, podendo proporcionar uma DST/HIV, assim como a capacidade de o indivíduo lidar com todas as situações e transformações relacionadas a sexualidade.

Os adolescentes entrevistados em Fortaleza, Ceará, no estudo de Moura et al. (2011) consideram como vida sexual saudável o ato de sentir-se preparado para a iniciação sexual, bem como escolher bem o parceiro sexual, ter parceria fixa e buscar um profissional de saúde regularmente para avaliação da saúde sexual e reprodutiva. Estas concepções determinam o caminho a ser trilhado pelos adolescentes sobre a sua vida sexual, visando a prevenção de doenças neste âmbito.

Sabe-se que comumente as relações sexuais na adolescência tendem a ser caracterizadas pela casualidade e imprevisibilidade, resultantes de decisões impulsivas, o que muitas vezes se reflete na dificuldade de os adolescentes adotarem hábitos de sexualidade saudável, já que a ausência de planejamento das relações sexuais pode ocasionar o não uso de preservativos em todas as relações sexuais, a instabilidade emocional do relacionamento, que poderá acarretar na multiplicidade de parceiros, dentre outros.

Outros fatores comuns na adolescência também se mostram como de importante risco para práticas sexuais inseguras, tais como a depressão (em seus mais variados níveis) e o consumo de álcool, como apresentados em um estudo realizado com jovens em Uganda, em que os dois fatores supracitados apresentaram correlação estatisticamente significantes com as práticas sexuais de risco, tais como o aumento do número de parceiros sexuais em toda a sua vida e ainda o aumento da incidência de parceiros simultâneos, tanto em mulheres quanto em homens, mas sendo mais comuns entre mulheres (LUNDBERG et al, 2011).

Destaca-se que os riscos que envolvem a sexualidade tem influenciado inclusive os padrões de estatísticas de mortalidade dos adolescentes a nível mundial. A World Health Organization (WHO) ressalta em seu relatório que no ano de 2004 ocorreram no mundo 2,4 milhões de óbitos de indivíduos adolescentes, sendo que 15% destes óbitos são relacionados a condições maternas, remetendo a ocorrência de gravidez precoce, e que 11% correspondem a

mortes por HIV e tuberculose, refletindo ao contágio por DST (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). Com isso, constata-se que se somando os dois índices de mortalidade supracitados, cerca de um quarto das mortes ocorridas entre os adolescentes no mundo poderiam ser evitadas se houvesse o estímulo à prevenção de gravidez e DST/HIV neste e em outros períodos da vida humana.

Portanto, os adolescentes devem ser orientados a assumirem comportamento sexual de proteção, como o adiamento do início de vida sexual, a redução do número de parceiros sexuais durante a vida, o uso do preservativo em todas as relações sexuais, a promoção do diálogo sobre sexualidade entre os adolescentes e seus parceiros e pais, e por fim o acompanhamento da saúde do adolescente por um profissional de saúde, dentre outros.

Não apenas entre os adolescentes, mas entre a população mundial, os índices de DST/HIV assumem proporções importantes, visto que no ano de 2010 foram diagnosticados 2,7 milhões de casos de HIV no mundo, o que cooperou para um índice alarmante de 34 milhões de pessoas vivendo infectadas com este vírus em todo o planeta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011c).

Contrastando com este alto índice, o mesmo relatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011c) pela primeira vez na história anunciou que a infecção por HIV, até então considerada epidêmica, apresentou no ano de 2011 uma sensível estabilização e até declínio em vários países onde as proporções eram consideradas preocupantes. No início da epidemia os homens eram a maioria quase absoluta de casos da doença, e atualmente praticamente metade dos casos diagnosticados em nível mundial são de mulheres a partir de 15 anos de idade, ressaltando a parcela populacional de adolescentes de ambos os sexos acometidos pela infecção.

No Brasil a situação não é diferente. Desde o início da epidemia, ou seja, de 1980 até 2010, foram registrados 608.230 casos de HIV no Brasil, tendo sido notificados 34.218 casos em 2010 (BRASIL, 2012b).

No que diz respeito às regiões brasileiras, nos últimos 10 anos a região com maior número de casos acumulados na epidemia é a região Sudeste, entretanto, esta foi a única região que apresentou regressão nos índices da doença (de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes); contudo, a epidemia progrediu nas outras quatro regiões, tendo crescido: de 27,1 para 28,8 no Sul; de 7,0 para 20,6 no Norte; de 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste (BRASIL, 2012b). Destaca-se que o aumento dos índices de HIV no

Nordeste foi o segundo maior no país, requerendo ações que promovam a autonomia dos indivíduos sexualmente ativos em se prevenir da doença nesta região do Brasil.

Ainda na perspectiva brasileira da aids, o relatório brasileiro (BRASIL, 2012b) mostra que atualmente temos uma razão de 1,7 casos em homens para 1 caso em mulheres, sobressaindo ainda que a única faixa etária em que se tem maior índice de casos entre mulheres que em homens é na faixa de 13 a 19 anos de idade, demonstrando comportamento sexual de risco peculiar nesta faixa etária.

Diante de um momento de vida repleto de mudanças e o surgimento de novos riscos a manutenção do seu estado saudável, os adolescentes mostram-se como um grupo que necessita ser o público alvo de estratégias de educação da saúde no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva.

Estas estratégias ganham importância quando se considera que o adolescente se encontra em uma fase caracterizada pela constante aprendizagem, estando consideravelmente mais propensos que os adultos à adoção de novos comportamentos em saúde, sendo considerado, portanto, como um grupo prioritário para a educação em saúde (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

O fato de a descoberta do prazer sexual muitas vezes ocorrer no período da adolescência, acarreta uma necessidade de ações de educação em saúde para orientar esses indivíduos sobre os riscos de contaminação por DST/HIV (BEZERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

A educação em saúde é compreendida como atividade principal da promoção da saúde, seja qual for a população, visando desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde, além de ser uma prática social crítica e transformadora amplamente utilizada na prevenção às DST/HIV (GUBERT *et al.*, 2009).

Entretanto, denota-se que mesmo os adolescentes tendo acesso a informação sobre sexualidade, os índices de DST/HIV e gravidezes não planejadas não diminuem, o que reforça a ideia de que conhecimento sem a adoção de prática saudável não se reflete em autocuidado seguro, de forma que se faz necessário realizar estratégias que incentivem o jovem a mudar de comportamento no que diz respeito aos seus fatores de risco na sua sexualidade.

Diante disto, denota-se que a população adolescente necessita participar de ações que lhes deem oportunidade de exercer o controle na tomada de decisões sobre o seu comportamento relacionado a sua saúde, criando-se um estímulo a adoção de atitudes

autônomas em relação ao autocuidado em saúde, especialmente no âmbito sexual de suas vidas.

Cirino, Nichiata e Borges (2010) chamaram a atenção em seu trabalho para a necessidade de investimentos de tempo e esforço voltados para o desenvolvimento de práticas de promoção à saúde do adolescente, sendo necessário que seja revista a atividade da educação sexual nas instituições de ensino para que essas ofereçam suporte educacional em saúde para os jovens.

Assim, faz-se necessário que os adolescentes participem de estratégias de educação em saúde, que podem ser definidas como um conjunto de saberes e práticas para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças (JOMAR et al., 2011). Martins et al. (2009) referem que educação em saúde proporciona o compartilhamento da responsabilidade de profissionais e usuários no controle dos agravos em saúde, e tornando o usuário um sujeito ativo na busca pelo estado saudável.

Estas estratégias são especialmente importantes quando se trata de saúde sexual e reprodutiva, conforme declaram Cirino, Nichiata e Borges (2010), que evidenciaram o baixo conhecimento e a falta de acesso de adolescentes de baixa renda residentes na cidade de São Paulo sobre a sexualidade humana, devendo isto ser compensado por informações em sala de aula e campanhas de educação em saúde, com técnicas e linguagens adequadas para a população.

O ambiente escolar é importante para se trabalhar conhecimentos, habilidades e intenção de mudanças de comportamento de saúde para os adolescentes, pois é local em que estes permanecem grande parte do seu dia, tornando-se um local propício para o desenvolvimento de ações educativas que visem a adoção de comportamento sexual saudável (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Porém, um estudo realizado em Fortaleza-CE revelou falhas em alguns quesitos na educação em saúde nas escolas, principalmente quando se trata de um assunto permeado de tabus e preconceitos como é o caso da sexualidade, como mostra o estudo de Bezerra et al. (2011), em que adolescentes de Fortaleza, Ceará, referiram a falta de informação sobre sexualidade em sua escola, possibilitando que os mesmos permanecessem com dúvidas ou mantendo comportamentos sexuais de risco.

Em contraponto a este posicionamento, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que os profissionais da Estratégia Saúde da Família assumam entre as suas

competências, a necessidade de participação e/ou desenvolvimento de ações de promoção da saúde no território, e com relação aos adolescentes, um importante cenário de atuação é a escola (BRASIL, 2009a).

Esta recomendação do Ministério da Saúde do Brasil traduz a sua preocupação com a intersectorialidade da assistência a saúde, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, interligando a unidade de saúde e as escolas visando à promoção da saúde dos adolescentes.

Diante deste contexto, denota-se a importância da presença de um profissional de enfermagem nas escolas, o que tem sido viabilizado pelo Programa Saúde nas Escolas (PSE), no qual o enfermeiro que compõe a Estratégia Saúde da Família se insere nas escolas com ações de promoção da saúde, sejam elas preventivas ou diagnósticas.

O PSE foi instituído no Brasil pelo decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica da rede pública, visando a realização de ações de prevenção, promoção e atenção a saúde (BRASIL, 2007c). Vale destacar que estes estudantes são em sua maioria crianças e adolescentes, de modo que este programa é destinado principalmente a promoção da saúde dos mesmos.

Os objetivos do PSE incluem a promoção da saúde e da cultura de paz, a articulação das ações do SUS às ações da rede básica de saúde, a formação integral dos estudantes, a promoção da cidadania, o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde o fortalecimento da participação comunitária nos três níveis de governo (BRASIL, 2007c). Estes objetivos visam contemplar a promoção da saúde integral dos indivíduos que frequentam a escola, tornando-os capazes de se autocuidar.

Este programa visa encurtar o caminho do acesso de crianças e adolescentes ao serviço de saúde, levando o profissional de saúde até o seu ambiente de permanência escolar. Isto faz com que este público participe de ações em saúde sem estarem doentes, ou seja, promovam a sua saúde de forma efetiva.

Diante disto, a equipe de saúde foi inserida no ambiente escolar para promover a saúde dos indivíduos que convivem neste ambiente. Isto facilitou as ações dos enfermeiros no sentido de realizar a promoção da saúde na área de abrangência da unidade de saúde em que está inserido,



Entretanto, a presença do enfermeiro na escola ainda é esporádica, já que este profissional deve se responsabilizar pelas atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde e ainda comparecer a escola para orientar os comportamentos de saúde junto a população encontrada neste local.

Desta forma, a presença do enfermeiro da ESF na escola tem a principal função de construir um elo entre os adolescentes e o serviço de saúde, para que esta população compareça periodicamente ao serviço de saúde, não conseguindo tornar a escola um ambiente de realização de estratégias educativas permanentes.

O relatório do Center of Disease Control (CDC, 2011) defende a implantação de programas preventivos para o combate a infecção pelo HIV tanto entre pessoas infectadas (no sentido de evitar a disseminação na doença), como os parceiros sexuais destas pessoas que sejam soro discordantes e ainda investir preventivamente em atividades que visem os diversos grupos populacionais.

No contexto da promoção da saúde por meio da educação em saúde, o presente estudo utiliza dois tipos de estratégia educativa para estimular a participação dos adolescentes nas atividades de promoção da saúde sexual, sendo estas estratégias o *site* educativo e a roda de conversa. Brum (2009) apostou na estratégia da roda conversa visando à criação de espaços educativos, que possibilitassem a escuta dos sujeitos, por meio da reflexão individual e coletiva. Knapp et al. (2011) referem que a internet tem se tornado um meio importante de busca de informações em saúde pela população em geral, especialmente a partir dos anos 90. Assim, concorda-se que estas estratégias podem ser utilizadas para abordar a prevenção de DST/HIV entre os adolescentes.

Ambos os recursos, *site* educativo e roda de conversa, são tecnologias educativas, que segundo Nietsche (2000) consiste em processos cotidianos, para o desenvolvimento de conhecimento que terá utilidade na operacionalização de bens materiais e de serviço produzidos e controlados por seres humanos com finalidade específica.

Destaca-se neste estudo a utilização de dois tipos de tecnologias, segundo a classificação de Merhy (2002), que refere a tecnologia dura como máquinas e equipamentos em geral, a tecnologia leve-dura que se refere ao conhecimento do profissional, e a tecnologia leve, que trata do espaço de relacionamento interpessoal que o profissional assume em sua prática. Deste modo, o *site* educativo representa uma tecnologia educativa dura e a roda de conversa representa uma tecnologia leve.

Seja qual for a classificação, as tecnologias que favorecem o aprendizado tem ampliado a efetividade das ações educativas, de modo que muito se tem incentivado a produção de materiais a serem utilizados nas estratégias educativas, e os enfermeiros tem se empenhado na construção dos referidos materiais educativos.

Vários estudos, como mostrado a seguir, demonstraram que a educação em saúde tem utilizado tecnologias para facilitar o aprendizado, e sobre os adolescentes, estes possuem habilidade natural em utilizar as tecnologias computacionais, apontando para a sua utilização junto a esta população.

Baseados nesta habilidade natural dos adolescentes para utilizar as tecnologias computacionais, Marques e Marin (2002) construíram e validaram um *site* educativo com explicações sobre a doença arterial coronariana, em São Paulo, visando facilitar o acesso sobre o tema para os pacientes a respeito do autocuidado relacionado a esta patologia, e confirmaram a sua eficácia no que diz respeito a sua utilização conforme um painel que disponibiliza na *web* os quesitos verificados e aprovados, e destacaram que o *site* produzido é confiável para a sua utilização junto a pacientes cardiopatas.

Utilizando as estratégias computacionais para estudos com jovens, Medeiros (2006) avaliou a utilização de um jogo virtual entre adolescentes cearenses e encontrou que a capacidade de controlar personagens virtuais se destacou na imitação da realidade humana na realidade virtual, valorizando o jogo de poder que atrai os adolescentes. O estudo valorizou a afinidade de que os adolescentes apresentaram para manusear as tecnologias virtuais.

No âmbito da educação em saúde, Oliveira (2006) construiu um manual educativo para orientar mulheres de Fortaleza, Ceará, com relação à reabilitação de mastectomias, e identificou que o mesmo representa um recurso positivo para o processo de reabilitação da mulher mastectomizada caso as mensagens contidas na tecnologia sejam aprendidas por ela, o que dependerá de sua habilidade de leitura e compreensão, podendo favorecer a sua qualidade de vida, mesmo vivenciando uma doença.

Ainda sobre programas educativos computacionais, Nunes *et al.* (2006) utilizaram um programa de exercícios físicos não supervisionado e acompanhado durante seis meses pela internet para combater o sedentarismo entre indivíduos normotensos e pré-hipertensos, e encontrou que a redução no peso corporal e IMC em indivíduos pré-hipertensos; a redução na circunferência abdominal em indivíduos normotensos e indivíduos pré-hipertensos; e a redução significativa e progressiva na pressão arterial sistólica e diastólica em indivíduos pré-

hipertensos. Os autores destacam que este programa é de baixo custo e que pode ser utilizado de forma efetiva em nível de população brasileira como estratégia de promoção da saúde.

Tendo como público-alvo a população com deficiência visual, Cesário e Pagliuca (2007) produziram uma tecnologia assistiva com base no texto educativo “Drogas: Reflexão para a prevenção”, que utilizou o sintetizador de voz Dosvox como meio de instruir indivíduos com deficiência visual a manusear o computador, tendo sido avaliado pelos participantes da referida tecnologia como adequado e passível de ser um estimulador de mudança entre os indivíduos que trabalharam com este programa.

No âmbito da gestão em saúde, os programas computacionais também são bem vindos, a exemplo do trabalho de Silveira et al. (2007), que construíram um *software* para o controle da imunização de crianças até 6 anos em uma escola de São Paulo, e este *software* foi utilizado na matrícula dos alunos, identificando situações de atraso vacinal e programação de atualização do cartão de vacina, e identificação de cartão atualizado, de modo que o mesmo diminuiu o número de crianças em situação de atraso vacinal.

Visando a promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho recém-nascido, Barbosa (2008) construiu um vídeo educativo em Fortaleza, Ceará, e verificou que o vídeo estimulou positivamente as mães a desenvolverem o vínculo afetivo com seus filhos por meio de massagens relaxantes para o bebê, que proporciona o contato entre mãe e filho, já que o aleitamento materno não pode ser utilizado para o estímulo ao vínculo afetivo entre eles.

Ao elaborar uma estratégia de prevenção de DST/HIV entre adolescentes do sexo feminino, Bezerra, Pinheiro e Barroso (2008) utilizaram como tecnologia leve o círculo de cultura em uma escola da capital cearense, e citaram este método como favorável para permitir que as meninas explorassem e discutissem sobre temas que englobavam sua sexualidade, e que este representou um momento para ações de educação em saúde com a meta de isentá-las de riscos inerentes a este âmbito de suas vidas.

No âmbito da saúde nas escolas, e inserindo todos os atores sociais pertencentes a este ambiente, Bernardon *et al.* (2009) construíram um programa de treinamento em um curso com palestras sobre hábitos alimentares saudáveis para professores de quatro escolas do Distrito Federal, Brasil, visando à multiplicação das informações trabalhadas junto aos alunos da escola, objetivando em longo prazo o autocuidado dos alunos com relação à alimentação saudável.

Brunnekreef e Schreurs (2011) construíram na Holanda um *site* com informações sobre um procedimento cirúrgico, a artroplastia, e seus cuidados nos períodos de pré e pós-operatório, e identificou que a internet possibilitou ao paciente o acesso a informações científicas, favorece a propagação destas informações e se mostra como um instrumento positivo para que o usuário se autoedueque para o seu autocuidado. Destaca-se ainda que não somente o paciente foi beneficiado pela utilização deste *site*, mas também toda a sua família, de forma que estes puderam compartilhar a responsabilidade do cuidado com estes pacientes durante esta fase tão delicada de sua terapêutica.

Visando a promoção do parto humanizado e da participação da família no processo de parturição, Teles (2011) construiu em Fortaleza, Ceará, um manual educativo para orientar acompanhantes de parturientes quanto a sua atuação em sala de parto, e concluiu que a opinião dos juízes que validaram o seu material foi favorável a utilização deste material junto a população para suprir a necessidade de orientação que os acompanhantes sobre o parto.

Sobre o cuidado as mulheres com câncer de mama, Pauwels et al. (2012) desenvolveram e validaram um *site* sobre o autocuidado e a autoestima no pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama, e identificou que as mulheres que acessaram o *site* obtiveram melhores níveis de autoestima e maiores chances de voltar a trabalhar após o tratamento.

Com o objetivo de disponibilizar informações sobre o período gestacional, Reberte, Hoga e Gomes (2012) construíram em São Paulo, uma cartilha educativa que trabalha a promoção da saúde de gestantes, tendo sido produzida a sua versão impressa e também a sua versão *online*, contendo informações sobre o processo de gestação, trabalho de parto e parto. Os peritos e as mulheres que tiveram a oportunidade de contato com a cartilha educativa produzida em ambas as versões, com o objetivo de verificar a sua adequabilidade para os objetivos para os quais foi construída, a consideraram enriquecedora e esclarecedora, justificando o seu uso como recurso adicional das atividades educativas durante o pré-natal.

O estudo de Stockwell *et al.* (2012) testou o efeito da utilização de mensagens de texto pelo celular para lembrar uma população urbana de baixa renda econômica de Nova York, do qual participaram 9213 pessoas, e encontrou que o grupo intervenção compareceu mais a imunização que o grupo controle, apresentando como principais vantagens o fato de a mensagem de texto ser curta, e portanto mais compreensível para a população, e ainda o fato de ela ser lida imediatamente após o envio da mesma.

Alguns estudos utilizaram métodos educativos de forma combinada no intuito de potencializar a ação destas estratégias para a adoção de comportamentos saudáveis entre diversas populações.

A exemplo disto, temos o estudo de Camargo e Ferrari (2009), que interviram junto aos adolescentes de uma escola em Londrina, Paraná, por meio de oficinas utilizando vídeo educativo e discussão participante para a prevenção de DST/HIV e encontraram que a utilização de um recurso lúdico favorece a discussão entre os sujeitos sobre a temática e o coloca em situações que muitas vezes o jovem não imaginava que poderia vivenciar.

O estudo realizado por Barnett *et al.* (2009) também utilizou combinações de estratégias educativas, e foi realizado em comunidades afro-americanas em Baltimore, Maryland, Estados Unidos, que tratou da construção de tecnologia computacional para diminuir o índice de gravidezes subsequentes entre adolescentes, e utilizaram esta tecnologia associada a visitas domiciliares em um grupo, isoladamente em outro grupo, e um grupo controle, que recebeu a intervenção convencional. Os autores identificaram que a realização de pelo menos duas sessões de tecnologia de informática associada a visitas domiciliárias foi mais eficaz, de forma que o grupo que participou da intervenção computacional e das visitas domiciliárias conseguiu implementar as medidas de planejamento familiar por um tempo maior do que as meninas que não participaram da intervenção.

Trabalhando a saúde bucal de crianças em uma escola pública da cidade de São Carlos, São Paulo, Garcia *et al.* (2009) realizaram uma comparação entre estratégias educativas para a prevenção da ocorrência de placas bacterianas nos dentes de crianças e estabeleceu quatro grupos de atuação: grupo controle, grupo de leitura do gibi sobre a temática, grupo de leitura e discussão do gibi, e grupo de leitura com reescrita da história em um gibi com espaços em branco. Em todos os grupos houve uma diminuição da ocorrência de placas bacterianas em um período de 30 dias, mas no terceiro e quarto grupos, que possuem estratégias educativas associadas, os índices de placas bacterianas encontrados foi menor que nos outros grupos.

Silva *et al.* (2011) realizaram um estudo em que comparou dois grupos de adolescentes em escola de Fortaleza, Ceará, com 45 participantes em cada grupo, em que em um grupo utilizou uma estratégia grupal para a prevenção de Diabetes Mellitus tipo 2 e no outro grupo foi realizado uma orientação individual combinada ao uso de um folder

educativo, e encontrou aumento de conhecimento superior no segundo grupo, ou seja, no grupo que utilizou duas estratégias educativas combinadas.

Sobre a prevenção de DST/HIV entre adolescentes, Coelho *et al.* (2012) realizaram oficinas utilizando vídeo e dinâmicas de grupo com 16 adolescentes de 13 a 19 anos no município de Maracanaú, Ceará, e foram orientados em grupo sobre os problemas levantados pelos adolescentes, como incertezas sobre o início de vida sexual, o modo de cuidar de um filho no caso de uma gravidez, medo de assumir a gestação junto aos pais, angústias sobre assumir a maternidade / paternidade e as consequências nos relacionamentos familiares, sociais e individuais.

Assim, constata-se a importância das atividades educativas entre os vários grupos populacionais, contudo existem níveis diferentes de aproveitamento dos usuários com relação a atividade realizada, especialmente quando se utiliza mais de um método educativo, de modo que faz-se necessário identificar que métodos são melhor aproveitados entre o público alvo. Quando se trata de adolescentes em relação ao seu autocuidado sexual, esta importância cresce consideravelmente, já que a melhor compreensão das informações relacionadas a prevenção de DST/HIV podem diminuir os índices de morbimortalidade nesta população e portanto a qualidade de vida dos mesmos.

Desta forma, questiona-se: como os adolescentes respondem as atividades educativas para a prevenção das DST/HIV? As tecnologias duras se sobrepõem em eficácia às tecnologias leves na orientação de adolescentes para a prevenção de DST/HIV? O uso combinado de tecnologias educativas de diferentes classificações favorece a melhor participação e compreensão dos adolescentes sobre o tema, em comparação com o uso isolado das mesmas tecnologias? As mudanças produzidas pelas estratégias educativas são eficazes em nível de conhecimento e/ou intenção de práticas de prevenção de DST/HIV entre adolescentes?

Com isto, denota-se a importância de se utilizar estratégias educativas distintas e de verificar a eficácia do uso isolado ou combinado das referidas estratégias educativas a serem utilizadas com a população adolescente. Faz-se necessário também que estas ações façam parte das ações cotidianas da enfermagem, de forma a possibilitar o compartilhamento da responsabilidade do estado de saúde entre profissionais e usuários.

Para o presente estudo, optou-se pelo uso isolado e combinado de um *site* educativo e da roda de conversa para a prevenção de DST/HIV entre adolescentes de escolas

públicas de Fortaleza, Ceará, dada a possibilidade de se combinar a afinidade natural do adolescente pela tecnologia computacional, no caso, o *site* educativo, com a ampliação do diálogo possibilitado pela roda de conversa, visando a promoção do conhecimento dos adolescentes no que diz respeito a temática, bem como uma atitude positiva sobre e assim aumentar a possibilidade de práticas sexuais saudáveis entre os adolescentes.

Desta forma, o *site* educativo representa uma tecnologia dura e a roda de conversa, uma tecnologia leve, de forma que serão utilizadas duas tecnologias de classificações diferentes no sentido de aumentar a possibilidade de adoção de comportamento saudável entre os adolescentes.

Portanto, o presente estudo visa possibilitar melhores indícios para que profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, possam optar pelo melhor tipo de estratégia educativa para a prevenção de DST/HIV entre adolescentes, visando possibilitar a promoção da saúde sexual e reprodutiva dessa população.

A comparação entre as estratégias educativas realizada no presente estudo também possibilitará aos adolescentes receberem futuramente os conhecimentos de saúde por meio da estratégia educativa mais viável para eles. A escola por sua vez poderá ter esse assunto discutido e apresentado de modo mais claro para seus alunos, visando a prevenção de doenças entre os mesmos, e poderá utilizar as tecnologias educativas para o melhor aproveitamento da educação em saúde para os seus alunos.

## 2 HIPÓTESES DO ESTUDO

Diante das considerações supracitadas, estabeleceram-se as seguintes hipóteses do estudo:

- O uso de tecnologias educativas favorece a aquisição de conhecimento e o aumento da intenção de mudança de comportamento para a prevenção de DST/HIV entre adolescentes de escolas públicas de Fortaleza-CE;
- O uso isolado do *site* educativo para a prevenção de DST/HIV entre adolescentes promove aquisição de conhecimentos, bem como aumenta a intenção de adoção de comportamento sexual saudável;
- O *site* educativo representa uma tecnologia educativa de alta aceitação por parte dos adolescentes, podendo ser largamente utilizada na prevenção de DST/HIV entre esta população;
- O uso de um *site* educativo para prevenção de DST/HIV favorece o acesso a informações, e combinado com uma tecnologia leve, como a roda de conversa, produz melhores respostas dos adolescentes sobre o conhecimento sobre DST/HIV e a intenção de adoção de comportamentos sexuais saudáveis.
- O uso isolado da roda de conversa promove o aumento da aquisição de conhecimento e da intenção de adoção de comportamento sexual saudável entre adolescentes, visando a prevenção de DST/HIV;
- A roda de conversa representa uma tecnologia educativa largamente aceita pelos adolescentes pelo fato de possibilitar a comunicação entre educadores e educandos, bem como a solução de dúvidas e correção de conhecimentos errados dos adolescentes sobre DST/HIV;
- O uso isolado da roda de conversa promove a aquisição de conhecimentos de adolescentes sobre DST/HIV, e combinado com uma tecnologia dura produz melhores respostas sobre o conhecimento sobre DST/HIV e intenção de adoção de comportamentos sexuais saudáveis;
- O uso combinado de *site* educativo e roda de conversa promove maiores conhecimentos e atitudes favoráveis à prevenção de DST/HIV do que utilizados isoladamente.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a eficácia da utilização de propostas educativas para prevenção de DST/HIV utilizando estratégias educativas de recursos de *site* educativo e roda de conversa de forma combinada e isolada.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar os efeitos de *site* educativo como estratégia para a prevenção de DST/HIV em adolescentes;

- Identificar os efeitos da roda de conversa como estratégia para a prevenção de DST/HIV em adolescentes;

- Analisar os efeitos da associação de *site* educativo com roda de conversa como estratégia para a prevenção de DST/HIV em adolescentes.

## **4 ESTADO DA ARTE**

### **4.1 Políticas públicas de atenção ao adolescente: um avanço na promoção da saúde**

As políticas públicas representam as leis que regem normas para uma população em relação a determinados aspectos dentro de uma sociedade, que podem ser em nível de país, estado, município ou comunidade. No que se refere à área da saúde, as políticas públicas normatizam o cuidado com a saúde da população ou de um grupo específico de indivíduos, incluindo os aspectos relacionados a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Isto inclui a realização de ações destinadas ao cuidado em saúde da população adolescente.

A legislação maior que rege o cuidado a população brasileira, conseqüentemente o grupo adolescente, é a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), elaborada há quase 30 anos tendo como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político.

De modo bastante claro e geral, a referida Constituição determina que a saúde é um direito de todos os brasileiros e dever do Estado, que deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de enfermidades, e ainda, caso os indivíduos fiquem doentes, que estes tenham acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1988). A importância dada pela Constituição as necessidades da população e a determinação de que a saúde fosse amplamente difundida entre toda a população foi um dos motivos pelos quais a Constituição ficou conhecida como Constituição Cidadã.

Vale ressaltar que a Constituição Brasileira de 1988, influenciada pelos acontecimentos políticos e sociais dos anos 80 que pediam melhores condições de saúde para toda a população brasileira, lançou as bases conceituais do Sistema Único de Saúde, que normatiza os serviços de saúde pública, com base em seus princípios doutrinários e organizativos.

Este sistema atendeu as necessidades apresentadas por grupos populacionais na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e deste modo acredita-se que as necessidades de grupos gerais e específicos da população sejam minimamente contempladas legalmente pelo mesmo.

Mediante as normatizações da Constituição Federal, os adolescentes, assim como todos os brasileiros, tem direito a saúde, e esta deve ser proporcionada pelos órgãos do Governo em todas as suas instâncias de modo integral e universal, contemplando, portanto, todas as necessidades da população adolescente, incluindo suas particularidades em relação aos outros grupos populacionais.

Destaca-se ainda que saúde é considerada atualmente como o completo estado de bem estar físico, social, psicológico de um indivíduo, o que remete ao governo a responsabilidade de oferecer subsídios para que os adolescentes possam ter saúde nos mais diversos âmbitos de suas vidas.

A Emenda Constitucional nº 65, de 2010 (BRASIL, 2010c) determinou que é dever da família, da sociedade e do Estado garantir à criança, ao adolescente e ao jovem, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Assim, a sociedade de forma geral é responsável por proporcionar aspectos de vida saudável para os adolescentes que dela fazem parte.

Corroborando com a Constituição Federal Brasileira, algumas leis específicas para crianças e adolescentes foram elaboradas, estabelecidas e reunidas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), que foi regulamentado na Lei 8.069, de 13 de julho de 1990.

Este Estatuto assegura que os adolescentes desfrutam dos direitos da pessoa humana, visando oportunizar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade para todos os indivíduos.

O Estatuto também reafirma as palavras da Constituição que responsabilizam a família, a comunidade, a sociedade e o poder público em assegurar os direitos dos adolescentes, que incluem a proteção a vida e a saúde.

Desta forma, o adolescente é respaldado por esses dois documentos a respeito dos seus direitos, e ambos reafirmam que o adolescente tem direito a saúde e também ressalta o dever do Estado em realizar estas ações. Assim, o governo federal propôs o Programa Saúde nas Escolas - PSE, no qual o adolescente é o foco das ações de saúde realizadas, e a escola desponta como ambiente possível de ser utilizado para a promoção da saúde dos adolescentes através de orientações periódicas sobre a saúde dos mesmos.

O PSE consiste em um conjunto de medidas e ações intersetoriais, basicamente entre profissionais de saúde e da educação, no sentido de promover a saúde dos estudantes no seu local de estudo, já que muitas vezes estes passam boa parte do seu dia na escola (BRASIL, 2007a).

Este programa recomenda que o desenvolvimento de trabalhos de promoção da saúde com estudantes, professores e funcionários tenha como ponto de partida o conhecimento prévio dessa população sobre o assunto a ser discutido, bem como as ações que eles podem executar visando o seu autocuidado, melhorando assim a sua qualidade de vida.

O PSE aponta os profissionais das Equipes de Saúde da Família para atuarem junto aos profissionais da educação básica na integração da saúde nas escolas, ou seja, no desenvolvimento de atividades que tenham como tema central a saúde do seu público e tem como focos de atuação de promoção da saúde: avaliação clínica, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação oftalmológica, avaliação da saúde e higiene bucal, avaliação auditiva, avaliação psicossocial, atualização e controle do calendário vacinal, redução da morbimortalidade por acidentes e violências, prevenção e redução do consumo do álcool, prevenção do uso de drogas, controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer, educação permanente em saúde, atividade física e saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar, inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas e promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva dos alunos (BRASIL, 2007a).

Diante disto, surge a necessidade de o profissional de saúde juntamente com os educadores escolares traçar estratégias educativas junto aos adolescentes no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva dos mesmos, e torná-los autônomos e empoderados a respeito do autocuidado neste âmbito de suas vidas.

Assim, espera-se que a parceria existente entre o sistema de saúde e escola possa proporcionar aos adolescentes informações e condições que os tornem capazes de se proteger da ocorrência de DST/HIV e de gravidezes não planejadas nesta e em outras fases de suas vidas.

Com o intuito de estimular a cultura da prevenção de doenças nas escolas, o governo federal lançou um guia prático de um programa que integra os setores de educação e saúde no intuito de educar crianças e adolescentes para se autocuidar em diversos âmbitos de suas vidas (BRASIL, 2007b).

O supracitado programa teve como focos de atuação a prevenção de DST/HIV, as relações de gênero, a sexualidade de modo geral e um módulo que orienta o planejamento de ações integradas a serem executadas no ambiente escolar.

Com isto, reforça-se a ideia da importância de se trabalhar os aspectos relacionados a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes dentro do seu ambiente escolar, e fazê-lo utilizando comunicação acessível ao adolescente, visando a sua integração nas atividades propostas e o seu maior aproveitamento no aumento do seu conhecimento e adoção de comportamentos sexuais saudáveis.

Destaca-se ainda que as informações relacionadas a uma vida sexual saudável, se aprendidas e executadas desde o início da vida sexual, que muitas vezes ocorre na adolescência, tende a perdurar em todas as fases da vida do indivíduo estabelecendo um comportamento preventivo de qualidade aos indivíduos.

Corroborando com os documentos anteriormente citados, destacam-se as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que estabelecem como diretrizes de ação para a saúde do adolescente o fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens e a reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens (BRASIL, 2010b).

As supracitadas diretrizes devem ser cumpridas em três eixos diferentes: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, e por fim a atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas, evidenciando novamente a importância dada pelas políticas públicas de saúde a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Com isso, denota-se a importância da atuação do profissional de saúde nos âmbitos biológico, sexual e social desta população evidenciadas em documentos legais, corroborando para a promoção da saúde integral do adolescente se realizadas plenamente.

Ressalta-se ainda que as leis que regem o cuidado a saúde do adolescente não foram revogadas e não substituem umas as outras, de modo que as mesmas se complementam para que o cuidado a esta população seja realizado de modo integral, e que a assistência a saúde seja específica para as características destes indivíduos e que o acesso a mesma seja ilimitado.

Desta forma, a promoção da saúde do adolescente deve ser largamente estimulada entre os serviços de saúde e estes serviços devem estar preparados para receber e ser resolutivo nas demandas de saúde apresentadas pelos adolescentes em todos os níveis de atenção de saúde.

Vale ressaltar ainda que o serviço de saúde não apenas deve receber os adolescentes, mas também se encaminhar até eles e atraí-los para a promoção da sua saúde, atitude esta que contempla a proposta do PSE, que fez da escola um importante cenário da atuação educacional do serviço de saúde.

Vale ressaltar que o presente estudo, já que visa a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes por meio de atividades educativas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva deste público está em alinhamento com as supracitadas leis e programas governamentais que destacam este objetivo, e pretende identificar melhores formas de promover a saúde dos adolescentes.

#### **4.2 Promoção e Educação em saúde na Prevenção de DST/HIV na Adolescência**

A promoção da saúde tem sido citada e implementada nas ações de várias instituições e profissionais de saúde, de modo a buscar promover o autocuidado da população bem como o seu empoderamento para a busca e manutenção do seu estado saudável em diversas temáticas.

O conceito de promoção da saúde foi desenvolvido em meio a reuniões internacionais, que originaram documentos oficiais, como cartas e declarações, estabelecendo as formas de buscar promover o estado saudável das mais diversas populações do mundo.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) define a promoção da saúde como sendo o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre e para melhorar sua saúde e representa um amplo processo social e político, não somente abrangendo ações voltadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também ações voltadas para a mudança social, condições ambientais e econômicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e individual.

Estas ações autônomas de preservação da saúde têm sido estimuladas junto a população, pelo fato de estimular a prevenção de doenças e o estímulo a adoção de comportamentos saudáveis por parte da população, tornando-a corresponsável pela sua saúde.

Diante deste conceito, faz-se necessário que a promoção da saúde seja inserida em todos os contextos da comunidade na qual se está inserido, cabendo aos profissionais a sensibilização para que se possa promover a saúde contemplando as especificidades da adolescência (BEZERRA *et al.*, 2011).

Vale ressaltar que a promoção da saúde visa contemplar os princípios do SUS por meio da educação em saúde e da conscientização do indivíduo e da comunidade em procurar a garantia de seus direitos a assistência a saúde e ao autocuidado (BEZERRA *et al.*, 2011), seja para promover ou recuperar a saúde dos indivíduos.

Assim, denotando que os enfermeiros são importantes na execução de estratégias de promoção da saúde, Gubert *et al.* (2009) reforçam a necessidade do enfermeiro produzir novas tecnologias educacionais, extrapolando as atividades de educação em saúde baseadas em ações que não reconhecem as necessidades, desejos e aspirações de seus integrantes.

Em relação a prevenção de DST/HIV, faz-se necessário que a promoção da saúde seja realizada de forma a investir as ações de saúde na orientação da população em geral sobre as formas de se prevenir de modo eficaz estas doenças, e com relação aos adolescentes, estas ações precisam ser cada vez mais incentivadas de modo a possibilitar uma sexualidade saudável por mais tempo.

Para melhor desenvolver as ações educativas, faz-se necessário conhecer as características dos adolescentes no âmbito sexual, assim como o modo como estas características se modificam ao longo do tempo.

Estudo realizado nas cidades de Galicia, Madrid e Andalucía, na Espanha, com 271 jovens de 14 aos 24 anos de idade, mostrou que 66,3% dos entrevistados referiram atividade sexual nos últimos seis meses (GARRIDO; FERNÁNDEZ; PEDROLA, 2008).

Isto mostra que deve-se partir do princípio que os adolescentes podem ter atividades sexuais, e não presumir que os mesmos são jovens demais para vivenciarem a vida sexual ativa.

Na localidade de Suba, em Bogotá, na Colômbia, foi realizado um estudo com 13.699 adolescentes, e mostrou que os adolescentes começaram a receber informações sobre sexualidade em média aos 12 anos de idade, 71% dos adolescentes não reconhecem a eficácia do preservativo masculino, os homens iniciam vida sexual em média aos 13 anos e as mulheres aos 14 anos, e um terço dos adolescentes não planejaram a primeira relação sexual (GONZÁLEZ, 2009).

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Bauru, São Paulo, com 191 adolescentes em uma escola entre 13 e 18 anos encontrou que 91% daqueles que referiram não ter tido relações sexuais têm entre 13 e 15 anos de idade, 78% relataram ter usado preservativo durante a primeira relação sexual, 70%, usou preservativo na última relação sexual (BRUM; CARRARA, 2012).

Sobressai-se ainda que o padrão de exercício da sexualidade difere consideravelmente entre os gêneros, de modo que geralmente os meninos possuem maior liberdade sexual que as meninas. Este conceito não é recente, mas sim um padrão comportamental que se reproduziu socialmente por alguns anos, como afirmaram Jeolás e Ferrari (2003) em um estudo realizado em Londrina, Paraná, quando 45% das meninas tinham a intenção de se casarem virgens, enquanto que apenas 12% dos meninos relataram a mesma intenção, não diferindo de estudos mais recentes no sentido da diferença sexual entre os gêneros.

Da mesma forma, a diferença da sexualidade entre os gêneros foi ressaltada dois anos depois em outro estudo realizado na Região Metropolitana de Recife, que atribuiu esta distinção ao fato de ocorrer um estímulo cultural a vida sexual feminina com posturas de preservação (adiamento do início de vida sexual, unicidade de parceiro, sexo dentro de um relacionamento estável, se possível, dentro do casamento, dentre outros), e, com relação à vida sexual masculina, o contexto social o aprova mediante o seu comportamento de exposição (início precoce de vida sexual, multiplicidade de parceiros, dentre outros) (FELICIANO, 2005).

Um estudo realizado com quase 1400 estudantes do ensino médio de escolas públicas do estado de Santa Catarina comprovou que dentre os adolescentes entrevistados 63% dos garotos e 43% das garotas já haviam iniciado sua vida sexual (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

Autores também revelam as opiniões relacionadas a sexualidade, como mostram Paiva, Aranha e Bastos (2008) em uma pesquisa feita com 5040 indivíduos de vários estados brasileiros, que o significado da vida sexual para a maioria dos brasileiros se remete a prova de amor do parceiro, correspondendo a 46,8% das mulheres e 39,0% dos homens, referindo que essa resposta foi mais escolhida pelas mulheres; a alternativa menos escolhida foi relacionada ao sexo representar uma necessidade física para 8,5% das mulheres e 13,3% dos homens.



Mostrando o envolvimento do gênero na sexualidade, Mendonça e Araújo (2009) afirmaram que, em geral, as mulheres se envolvem mais com as consequências dos seus atos em relação à sexualidade, enquanto os homens vivenciam sua sexualidade de forma mais despreocupada. Esta maior preocupação das mulheres é compreensível, já que geralmente elas possuem maiores responsabilidades quando ocorre a gravidez não planejada e tem maiores possibilidades de contaminação por DST/HIV, devido a sua estrutura anatômica, e isto toma proporções importantes quando se trata de adolescentes.

Bezerra *et al.* (2011) discorrem sobre a existência de diferenças entre os gêneros em relação a educação sexual na sociedade atual: direciona-se mais liberdade para os homens, limitando a liberdade sexual das mulheres. Essa maior liberdade socialmente aceitável tem sido relacionada à ocorrência de presença de maiores riscos a saúde dos garotos em relação às garotas, contrário a necessidade de ambos os gêneros adotarem posturas preventivas em seu comportamento sexual, conferindo maiores possibilidades de se manterem saudáveis no âmbito sexual de suas vidas.

Relativo ainda a questão de gênero na adolescência, um estudo realizado com 920 adolescentes de São Paulo identificou que a virgindade é considerada importante para quase a totalidade das meninas, e que grande porcentagem de meninos consideram a virgindade um valor a ser preservado, mas supõe-se que estejam se referindo a virgindade das meninas com quem eles se relacionam e não a sua própria virgindade (BRÊTAS *et al.*, 2011).

Esta postura de exposição precoce masculina estimulada pela percepção machista corrobora para comportamentos sexuais de risco que podem culminar em DST/HIV ou gravidezes não planejadas, muitas vezes até com parceiras sexuais casuais, denotando a necessidade de estratégias de promoção da saúde sexual de adolescentes.

Este padrão de comportamento de maior risco sexual entre os homens tem se repetindo ao longo dos anos. Em um estudo que questionou o perfil sexual de 303 universitários de Fortaleza, Ceará, Rabelo *et al.* (2006) encontraram que: em comparação com as mulheres, os homens possuem 5,6 vezes mais probabilidade de ter iniciado vida sexual e o fizeram cerca de dois anos antes, de forma que as mulheres iniciaram vida sexual por volta dos 18 aos 20 anos e os homens, de 15 a 17 anos; acrescenta-se ainda que os homens possuem 3,3 vezes menos probabilidade de iniciar vida sexual com parceiro fixo, tendo na maioria das vezes parceiros casuais, possuindo ainda uma probabilidade de 70% menos chance de terem uma parceira fixa e apresentaram 90% mais chance de terem parceiros múltiplos.

A média nacional de iniciação sexual está atualmente em 15 anos para ambos os sexos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011a), o que reflete que esta média tem diminuído no país. Isto pode causar uma maior exposição dos jovens aos riscos da sexualidade insegura e durante mais tempo.

Este fator corrobora para o fato de que, apesar do fator cultural que remete os homens a comportamentos sexuais de risco na adolescência, as meninas também têm se exposto a comportamentos de risco, como mostra um recente relatório brasileiro (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011a), que ressaltou que 64,8% de garotas e 69,7% dos garotos entre 15 e 24 anos que foram entrevistadas eram sexualmente ativos e que dessas, 33,6% das meninas e 57,4% dos meninos utilizaram preservativos em todas as relações, mostrando maior comportamento de proteção entre os meninos. Isto pode estar relacionado ao fato de os meninos, por terem mais comportamentos de risco, tornam-se mais alvo das atividades educativas sobre sexualidade.

Mais do que um dado brasileiro, este comportamento sexual de risco tem sido encontrado em outros países, como é o caso de um estudo realizado com 804 adolescentes em Santa Marta, Colômbia, que revelou que um de cada três estudantes adolescentes apresentam padrão sexual de risco, podendo ser acometidos de DST/HIV ou de uma gravidez não planejada nesta fase de suas vidas (CAMPO-ARIAS; CEBALLO; HERAZO, 2010).

Devem-se levar em consideração os dados relacionados ao perfil sexual e reprodutivo dos adolescentes, para assim embasar as atividades educativas junto aos adolescentes, podendo promover a sua saúde sexual e reprodutiva nos pontos em que o adolescente realmente precisa de informações.

Neste contexto, a assistência a saúde deve englobar todas as áreas da vida do indivíduo, independente de sua idade, sexo, etnia e cultura, em todas as suas fases do desenvolvimento humano, de modo que a população se torne gradativamente mais autônoma e empoderada no que diz respeito a obtenção e manutenção do seu estado saudável.

Gubert *et al.* (2009) afirmam que é preciso incorporar o conceito de saúde reprodutiva ao conceito de promoção da saúde, em todos os aspectos do âmbito reprodutivo, assim como suas funções e processos, implicando que o indivíduo, inclusive o adolescente, possa ter uma vida sexual segura, satisfatória e usufruir largamente de liberdade para decidir sobre sua sexualidade de forma responsável e consciente.

Para este fim, a educação no âmbito da saúde, desde que o modelo médico-sanitarista de atenção a saúde foi substituído pelo modelo de vigilância a saúde, que visa a prevenção de doenças, tem sido largamente valorizada entre os profissionais de saúde.

Educação em saúde é definida como a pluralidade de ações destinadas a promoção da saúde, que utiliza recursos didáticos adequados buscando transformar os indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade do ser saudável (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

Diante deste panorama de educação em saúde, evidencia-se o respeito à autonomia e à dignidade do ser humano como imperativo ético, e não um favor passível de concessão de um indivíduo para outro, em especial do educador para o educando.

Assim, deve-se atentar para que os processos educativos em saúde respeitem a cultura do indivíduo ou do grupo, e isto poderá trazer benefícios na obtenção de comportamentos saudáveis, já que o indivíduo se sente participante ativo do seu processo de obtenção de saúde e da sua família, podendo trazer efeitos mais duradouros quanto a manutenção de comportamentos saudáveis.

Quanto à essência de processos educativos, como por exemplo, a educação em saúde, Paulo Freire ressalta que ensinar não é transferir conhecimento, mas gerar possibilidades para a sua construção e produção (FREIRE, 2009). Este autor mudou os paradigmas educacionais quando tirou do educador a total detenção do saber e tornou o aprendiz um indivíduo a ser valorizado durante o processo educativo, não apenas como alguém que deve aceitar e implementar incondicionalmente as ações ensinadas, mas como alguém dotado de vontades e de conhecimentos prévios que pode contribuir sensivelmente para o processo de construção do saber individual e coletivo.

Inicialmente, a educação em saúde era baseada na transmissão de informações, utilizando-se de recursos simples e de baixo custo com o objetivo de disseminar informações entre a comunidade segundo os programas determinados como prioridades de atenção. Atualmente, sabe-se da necessidade de abordar assuntos que sejam do interesse da população de forma dinâmica para atrair a população para o aprendizado e sensibilizar os usuários para a adoção de comportamentos saudáveis.

Este panorama é especialmente importante para a educação em saúde, que não visa apenas a disseminação do conhecimento a respeito das informações sobre saúde, mas dispõe-se a possibilitar a compreensão ampla e profunda da temática discutida, bem como

expõe a necessidade de o usuário adotar comportamentos saudáveis, possibilitando a liberdade de seguir ou não as orientações repassadas, sendo portanto corresponsáveis pela sua saúde.

Um dos motivos que tem prejudicado a implementação de atividades educativas efetivas junto aos adolescentes é a deficiência na implementação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento do sujeito, sendo necessário que os setores saúde, educação e família estejam unidos no sentido de garantir o desenvolvimento saudável e seguro da adolescência (MORAES; VITALLE, 2012).

Frente a evidente presença de fatores de risco para DST/HIV com relação a população adolescente, mostra-se que esta desenvolve fortemente as suas próprias opiniões a respeito da prevenção de DST/HIV, e estas opiniões devem ser consideradas durante o desenvolvimento de estratégias educativas para esta população no sentido de ter melhores resultados nas estratégias de prevenção destas doenças junto a esta população.

Um estudo realizado em Mato Grosso mostrou que os adolescentes consideram como métodos de prevenção de DST/HIV: usar o preservativo, utilizar anticoncepcional, usar preservativo se o parceiro for soropositivo para HIV, não ter vida sexual ativa, conhecer o seu parceiro e saber se ele é confiável, não beijar alguém desconhecido quando estiver com alguma ferida na boca, pedir para o parceiro realizar exames laboratoriais e mediante resultados negativos para DST/HIV se permitir ter relações sexuais com o mesmo (CARLETO *et al.*, 2010). Este estudo demonstrou a importância de reforçar os conhecimentos corretos e corrigir alguns conhecimentos dos adolescentes a respeito desta temática, visto a presença de falas equivocadas dos adolescentes durante as entrevistas realizadas.

Um estudo realizado em Guararema, São Paulo, evidenciou que 25% dos adolescentes não conhecem as formas de transmissão da aids (ROMERO *et al.*, 2007), isto acarreta no não conhecimento das formas de prevenção da mesma. Os autores ressaltam como um dos principais motivos para o comportamento sexual desprotegido entre adolescentes a falta de conhecimento que coopera para o pensamento mágico do adolescente, em que o mesmo se considera indestrutível e inatingível em relação ao acometimento de doenças, não percebendo a necessidade de adoção de comportamentos preventivos em relação a doenças.

Diante deste panorama de déficits de conhecimento e de pensamentos errados por parte dos adolescentes em relação a prevenção de DST/HIV, Gubert *et al.* (2009) ressaltam que o enfermeiro, em resposta ao seu papel de integrante da equipe de saúde da família, deve

abordar junto a população as questões sexuais muito além do aspecto biológico, reconhecendo outros fatores que incidem na antecipação da vida sexual dos adolescentes, considerando o contexto socioeconômico e cultural no qual os mesmos estão inseridos.

Entretanto, mesmo com a realização de atividades de sensibilização no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva da população, em especial os adolescentes, faz-se imprescindível que estas estratégias sejam avaliadas, já que em mais de 20 anos do advento da aids, e de muitas campanhas inclusive de abrangência nacional, o controle da doença ainda se mostra aquém das metas estabelecidas (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Carleto *et al.* (2010) reforçam que, diante do pouco conhecimento dos adolescentes em relação às DST/HIV e, ainda, da autopercepção de baixo risco em adquiri-las, acredita-se que medidas que promovam a prevenção destas doenças são de fundamental importância, envolvendo estratégias de educação que visem não só os adolescentes, mas também sua família e o contexto social no qual estão inseridos.

Destaca-se ainda a importância de se contar com os adolescentes como agentes multiplicadores das informações aprendidas, trocando a sua posição de público alvo da promoção da saúde para promotores da saúde na comunidade em que se insere, sendo assim participante do processo de promoção da saúde em sua comunidade.

Desta forma, denota-se a importância de se realizarem estratégias educativas junto aos adolescentes que, além de aumentarem o nível de conhecimento sobre a prevenção de DST/HIV, incentivem esta população a adotar práticas sexuais saudáveis, estando em pleno uso do seu empoderamento a respeito desta temática, visando alcançar melhorias significativas no sentido da promoção da saúde desta população.

Diante disto, muitas estratégias educacionais têm sido produzidas visando a promoção da saúde do adolescente nas mais variadas temáticas. Camargo e Ferrari (2009) realizaram oficinas em escolas de Londrina, Paraná, que envolviam a discussão em grupo sobre assuntos relacionados a prevenção de DST/HIV e exercício da sexualidade saudável e identificaram que este método permite um espaço de discussão e de compartilhamento de experiências entre os adolescentes que foi favorável a aquisição de conhecimento sobre o tema proposto.

Yonekura e Soares (2010) idealizaram um jogo educativo que possibilitasse o diálogo entre adolescentes a respeito dos valores sociais dos mesmos sobre situações cotidianas, no município de Santo André, São Paulo, e concluíram que o jogo educativo foi

adequado para incentivar a participação dos adolescentes de forma intensa, descontraída, prazerosa e interativa, facilitando assim o aprofundamento do tema, de forma que assim os adolescentes puderam mostrar forte motivação para discutir valores sociais.

Sampaio Filho *et al.* (2010) realizaram um grupo focal entre adolescentes de Fortaleza, Ceará, sobre o consumo de álcool e drogas neste período da vida, e destacou o espaço de discussão criado entre pesquisadores e adolescentes como importante para que o adolescente converse sobre o tema, e reconheça o quanto o uso destas substâncias pode afetar no desenvolvimento da sexualidade do indivíduo.

Souza (2011) descreveu a elaboração de um vídeo educativo sobre saúde sexual e reprodutiva, cuja elaboração e encenação foram realizadas por adolescentes de uma escola pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, com o objetivo de orientar adolescentes sobre a adoção de práticas sexuais saudáveis, e encontrou que a produção desta tecnologia pelos próprios adolescentes possibilitou a ressignificação de conhecimentos, a ampliação de suas vivências e a compreensão do seu cotidiano, e detectou em seu estudo a possibilidade de uma análise profunda da formação crítica e autonomia do sujeito através da tecnologia educativa.

Nishigaki *et al.* (2011) desenvolveram no Japão um manual educativo para filhos de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, a respeito da importância da hereditariedade no desenvolvimento desta doença e das suas formas de prevenção para esta clientela, e verificaram que as informações sobre a prevenção e o controle da doença foram bem aceitas não apenas pelos filhos dos pacientes, mas por eles mesmos, resultando em melhores condições de saúde para a família dos pacientes.

Luna *et al.* (2012) realizaram uma revisão integrativa sobre as ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros junto a adolescentes vulneráveis a DST/HIV, e concluíram que o trabalho em grupo favorece a integração dos sujeitos envolvidos nas estratégias realizadas, bem como a troca de experiências e informações e a conscientização a partir do uso de metodologias como a de Paulo Freire, e o pensamento sistemático do Grupo Operativo, sensibilizam o sujeito à mudança de comportamento e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida.

Isto reflete no fato de que os adolescentes aceitam bem as estratégias educativas baseada nas suas experiências, o que pode acarretar mudança de comportamentos ou manutenção de comportamentos saudáveis.

Ainda no que se refere a promoção da saúde por meio da educação em saúde junto aos adolescentes, as estratégias que envolvem o uso da informática e de atividades que envolvam tecnologias têm sido bem aceitas por esta população, como destacado em alguns estudos.

Sobre isto, Almenara (2006) afirma que não se deve deixar de reconhecer que a aprendizagem virtual se destaca como uma modalidade educativa que desperta o interesse, já que apresenta como vantagens oferecer um grande volume de informações, facilidade de atualizar as informações disponíveis, facilita a autonomia do educando, facilita uma formação grupal e colaborativa, o custo é menor, dentre outras vantagens.

Além de ter apresentado uma importante função nas estratégias educativas, a internet também foi utilizada como método de coleta de dados do estudo de Bordini e Sperb (2013), que utilizou um espaço virtual para que 41 adolescentes de uma escola pública e uma privada de Porto Alegre pudessem se expressar livremente o seu entendimento sobre as questões de gênero, e o fato de terem se identificado por meio de apelidos fez com que eles pudessem expor opiniões com maior liberdade. Isto pode proporcionar ao educador conhecer melhor as dúvidas e conhecimentos errados sobre o tema, possibilitando a realização de uma estratégia educativa direcionada para as reais necessidades dos educandos, esperando assim aumentar o seu interesse.

Para além da utilização isolada de tecnologias educativas no sentido de promover a saúde de adolescentes sobre diversos temas, alguns estudos optaram por associar mais de uma técnica para uma mesma ação educativa com adolescentes, como mostram os estudos a seguir.

Lau *et al.* (2011) realizaram uma revisão sistemática sobre a utilização de tecnologias computacionais para a promoção da atividade física entre crianças e adolescentes, e selecionaram nove estudos sobre o tema, tendo encontrado que estes materiais tiveram um efeito positivo, de forma que em seis estudos a diferença foi considerada razoável e nos outros três estudos, as melhorias encontradas foram mais fortes entre essa população. Os autores ressaltaram ainda que os referidos materiais foram otimizados quando utilizados concomitantemente a outras abordagens de orientação em saúde.

Cavalcante *et al.* (2012) elaboraram uma estratégia educativa que utilizou simultaneamente encontros presenciais de um grupo de 40 adolescentes em escolas do Centro Oeste de Minas Gerais, e fóruns de discussão *online* sobre temas de saúde do adolescente:

puberdade, relações familiares, violência, drogas, sexualidade, gravidez, dentre outros. Os autores referem que ambas as estratégias conquistaram bons níveis de participação dos adolescentes, e os níveis de participação foram variáveis de acordo com o tema trabalhado e não com a estratégia educativa utilizada.

Deste modo, constata-se que existem estudos sobre o uso de estratégias educativas de forma isolada para a promoção da saúde do adolescente, mas são muito restritos os estudos que trazem o uso combinado dessas estratégias educativas, apesar da comprovada eficácia de ambas as estratégias educativas. Acrescenta-se que os estudos em geral não comparam os resultados da utilização de tecnologias educativas utilizadas de modo isolado ou combinado entre as mais diversas populações.

Isto reforça a necessidade de que seja avaliada a eficácia do uso simultâneo das estratégias educativas, especialmente comparando-a com a eficácia do uso isolado das mesmas. Vale ressaltar que, se as estratégias educativas utilizarem tecnologias de diferentes classificações esta comparação se torna ainda mais necessária.

Destaca-se ainda que os estudos relacionados a prevenção de DST/HIV entre adolescentes também seguem este perfil de unicidade de estratégia educativa utilizada no processo de promoção da saúde sexual e reprodutiva desta população, fazendo-se necessária a utilização de estratégias combinadas e que seja avaliada a eficácia destes materiais, de modo isolado e combinado como propõem os objetivos do presente estudo.

### **4.3 Escola como espaço da promoção da saúde sexual e prevenção de DST/HIV**

Logo na primeira infância a criança inicia sua vida escolar e dela passa a fazer parte durante a sua infância e adolescência, de modo que é este local onde os indivíduos aprenderão muito mais do que as disciplinas curriculares, mas estarão em intenso convívio interpessoal e experimentarão mais da vida em sociedade.

A escola representa para o adolescente um ambiente familiar, onde ele passa pelo menos cinco horas do seu dia, e muitos chegam a passar de oito a dez horas diárias, e convivem com indivíduos da mesma faixa etária e também com superiores hierárquicos, sendo estes professores e coordenadores, de modo que as relações sociais estabelecidas diferem com relação as pessoas e aos objetivos das interações humanas presentes neste espaço.



Ressalta-se que a escola é um lugar em que professores e alunos interagem, e compartilham conhecimentos, e onde o caráter coletivo visa fortemente alcançar o saber, possuindo a capacidade de estimular nos adolescentes o pensamento crítico de sua condição de vida (BEZERRA *et al.*, 2011).

Este desenvolvimento do pensamento crítico possibilita ao jovem que este ganhe natural e progressivamente a capacidade de decidir sobre sua própria vida, e isto inclui as suas condições de saúde, ou seja, o adolescente se torna gradativamente apto para o autocuidado.

Confirmam-se estas considerações pelo fato de a escola ser considerada como sendo bastante adequada para se trabalhar aspectos relacionados ao conhecimento, bem como a mudança de comportamento e habilidades, já que se considera que o adolescente permanece boa parte do seu tempo dentro da escola, como referido anteriormente (NADER *et al.*, 2009).

Silveira *et al.* (2011) referem que a escola é o local ideal para a implementação de políticas de educação em saúde, já que o ambiente escolar tem forte influência sobre a saúde, pois as escolas fornecem aos estudantes as ferramentas necessárias para que eles entendam as orientações de saúde divulgadas pelos diversos meios de comunicação.

Mediante este panorama, o ambiente escolar é fundamental como local de aprendizado, onde o adolescente poderá aprender a se autocuidar, com relação a diversos temas em saúde, inclusive a saúde sexual e reprodutiva.

A escola se constitui em uma das mais importantes fontes de informação de saúde, no tocante ao cumprimento de sua ação como promotora de conhecimentos, possuindo uma função fundamental na educação sexual dos adolescentes (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009).

Diante disto, denotamos a importância de os adolescentes no que se refere a serem educados para a manutenção de seu estado saudável, e as informações relacionadas a sexualidade humana devem ser valorizadas, repassadas e discutidas com os adolescentes em um ambiente saudável, onde as opiniões sejam trabalhadas e não reprimidas como em outras áreas sociais de inserção do adolescente.

Moura *et al.* (2011) observaram que os adolescentes possuem acessibilidade relativamente elevada a atividades educativas sobre saúde sexual e reprodutiva e encontraram que a escola representa o principal espaço de participação do adolescente neste sentido, evidenciando que a oferta de ações educativas na escola tem ganhado expressão comunitária.

No que diz respeito a sexualidade, denota-se que este é um assunto visado por adolescentes, independente se sua escola é pública ou privada, como demonstrado em um

estudo realizado em Fortaleza, Ceará, que investigou a capacidade de comunicação de adolescentes do sexo feminino com seus pais e parceiros sobre a prevenção de DST/HIV, e identificou que, entre adolescentes de escolas públicas e privadas, a capacidade de comunicação é semelhante entre os dois grupos (GUBERT, 2011).

Entende-se ainda que a comunicação sobre um tema é importante para a aquisição de conhecimentos sobre o mesmo, e que esta é imprescindível para a adoção de comportamentos saudáveis.

Com isto, denota-se que o ambiente escolar é considerado oportuno para que sejam discutidos os aspectos relacionados à sexualidade dos adolescentes, visando o aumento do conhecimento e a adoção de comportamentos saudáveis, como intencionam os objetivos deste estudo.

Entretanto, apesar do importante papel da escola no que diz respeito a educação sexual e reprodutiva, muitas vezes a escola e a família passam uma para a outra a responsabilidade de dialogar com os adolescentes sobre sexualidade e temas relacionados, resultando em um impasse no qual o maior prejudicado é o adolescente que não consegue estas informações nem em um local e nem no outro (BESERRA *et al.*, 2008). Isto pode resultar na busca por informações em locais ou pessoas que podem apresentar conceitos e opiniões erradas ao adolescente.

Apesar das dificuldades, a escola não perde e não perderá a sua importância no que se refere a promoção da saúde sexual e reprodutiva de seus adolescentes, sendo portanto um importante local de disseminação de informações e a necessidade de informações sobre a saúde sexual e reprodutiva é consenso entre boa parte da população brasileira.

A busca por informações de saúde sexual e reprodutiva é bem vista pela população brasileira de modo geral, como mostra o estudo realizado em nível de população do nosso país, no qual 97,5% dos indivíduos entrevistados se mostraram favoráveis a divulgação de informações sobre métodos contraceptivos e sobre preservativos para os jovens entre 15 e 19 anos de idade (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008).

Esta concepção de que é correto divulgar informações a respeito da saúde sexual e reprodutiva entre jovens vem do grande número de casos de DST/HIV e de gravidezes não planejadas nesta população, como demonstrado anteriormente, devendo atentar para o fato de as informações divulgadas estejam sempre de acordo com a literatura mais recente.

Mais do que uma necessidade constatada, devemos atentar para o fato de que os adolescentes brasileiros têm garantido legalmente o direito de receberem tratamento, orientação e informações corretas a respeito de sua sexualidade, mediante uma relação de confiança entre os mesmos e o profissional de saúde que o acolhe, e estas orientações podem ser desenvolvidas no ambiente escolar (MORAES; VITALLE, 2012).

Entretanto, existe uma longa distância entre ter seus direitos garantidos por lei e obter estas informações na prática, o que coloca muitos adolescentes em situações de vulnerabilidade relacionada aos riscos de uma sexualidade insegura e a sociedade é corresponsável por instruir estes jovens no caminho do autocuidado sexual, visando a promoção da saúde dos mesmos.

No intuito de se proporcionar aos adolescentes estratégias educativas eficazes, faz-se necessário que os educadores assumam o seu papel, de forma que estes atuem como os principais disseminadores de conhecimentos e executores de ações capazes de despertar o interesse e a participação dos indivíduos (BERNARDON *et al.*, 2009), e sabe-se que isto é especialmente importante no que diz respeito aos adolescentes.

Como profissionais da saúde, temos a responsabilidade de atuar tanto junto aos adolescentes no sentido de levar informações fidedignas sobre a saúde sexual e reprodutiva, como também ter uma ação específica na formação de multiplicadores do conhecimento na comunidade.

Vale ressaltar o alto valor de se proporcionar espaços de discussão entre os adolescentes, nos quais a troca de experiências e a reflexão possa realmente levá-los a mudanças de comportamento (CARLETO *et al.*, 2010).

Afinal de contas, mais importante do que ter conhecimentos a respeito da saúde sexual e reprodutiva, os adolescentes devem colocar em prática todos esses conhecimentos de forma a se preservar frente a comportamentos sexuais de risco, podendo assim se proteger de diversas doenças ou ainda de uma gravidez não planejada.

Por fim, muitas ações de saúde têm sido desenvolvidas nos últimos anos junto a adolescentes em escolas, com relação a diversos temas, inclusive a saúde sexual e reprodutiva, de forma que algumas destas atividades visam compartilhar informações com os alunos e outras visam compartilhar informações com os professores, tornando-os multiplicadores das mesmas, como mostram os estudos a seguir.

Iossi (2000) realizou um grupo de roda de conversa sobre a orientação sexual para adolescentes em uma escola de Ribeirão Preto, São Paulo, e ressaltou a importância de se encarar a sexualidade não apenas em seu caráter natural, mas também como uma construção cultural. Destacou-se ainda a participação e o envolvimento do sujeito em estratégias educativas tendem a gerar reflexão crítica entre eles e o conhecimento vai se processando até que seja possível criar novos valores em uma nova cultura.

No Rio Grande do Sul, realizou-se uma estratégia educativa junto a educadores de escolas estaduais sobre a vigilância sanitária, através de oficinas em pequenos grupos, encontrando que, apesar do tema ser relativamente popular, faz-se necessário que o mesmo seja trabalhado em uma perspectiva mais instigante e reflexiva (FONTANA, 2008).

Beserra, Pinheiro e Barroso (2008) realizaram estratégias educativas através de um círculo de cultura onde foram discutidos os aspectos relacionados a sexualidade de adolescentes em uma escola de Fortaleza, Ceará, e recomendaram a execução de estratégias como esta entre jovens por permitir que estes se permitam conhecer pelo educador e exponham as suas dúvidas, de forma a melhorar o seu nível de conhecimento sobre o tema.

Joventino *et al.* (2009) realizaram uma estratégia educativa através de um jogo da memória junto a cuidadores domiciliares de crianças de uma creche em Fortaleza, Ceará, sobre prevenção e tratamento de enteroparasitoses, em que alguns destes cuidadores foram adolescentes, e concluíram que a utilização de jogos facilita o processo ensino-aprendizagem.

Camilo *et al.* (2009) também utilizaram estratégias grupais de educação em saúde para abordar a temática da sexualidade junto a adolescentes de uma escola de Fortaleza, Ceará, e encontraram que, embora haja uma busca pelas informações sobre o assunto, os adolescentes possuem tabus que precisam ser desmitificados junto a profissionais de saúde.

Bezerra *et al.* (2011) realizaram um círculo de cultura em cinco encontros com 16 adolescentes do sexo masculino em uma escola em Fortaleza, Ceará, onde estes puderam expressar suas dúvidas e sentimentos em relação a sexualidade, especialmente com relação a pressão social para que seja adotado o comportamento de “garanhão”, o que algumas vezes não condiz com a vontade do adolescente, e ainda o expõe a comportamentos sexuais de risco.

Turriani *et al.* (2012) avaliaram estratégias educativas para a promoção da saúde bucal junto a adolescentes que foram divididos em três grupos: um grupo que foi orientado na escola, outro grupo que foi orientado em visitas domiciliares e outro em encontros regulares para a promoção da saúde. Os resultados apontaram para a maior melhoria de hábitos

saudáveis entre os adolescentes orientados na escola, no sentido de diminuição do consumo de doces, aumento do número de escovações dentais diárias, melhoria na saúde da gengiva.

Diante dos resultados positivos das estratégias educativas realizadas em escolas, denota-se a importância de se realizarem atividades educativas junto a adolescentes para a promoção da saúde sexual e reprodutiva no sentido de se prevenir DST/HIV e gravidez não planejada e alcançar a busca pela sexualidade saudável por parte dos jovens.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo avaliativo, que possibilita a constatação do modo de funcionamento de uma prática, programa, procedimento ou política, possibilitando informações úteis para a decisão pela adoção, modificação ou abandono da mesma (POLIT; BECK, 2011). No presente estudo foram avaliadas diferentes estratégias educativas, com site educativo e roda de conversa, comparando a sua utilização de modo isolado e combinado, buscando reconhecer qual delas possibilita mais amplamente o aumento do conhecimento e da intenção de adoção de comportamento sexual saudável entre os adolescentes para a prevenção de DST/HIV.

A primeira fase do estudo se refere à escolha de um *site* educativo sobre prevenção de DST/HIV disponível na internet, e esta escolha se deu segundo critérios de qualidade definidos (BOTTENTUIT JUNIOR; COUTINHO, 2008), e a construção de um roteiro de roda educativa com conteúdo equivalente ao conteúdo do *site* educativo.

Posteriormente, deu-se início a fase que constitui o estudo avaliativo, que se caracteriza pela aplicação de diferentes estratégias educativas com diferentes grupos de adolescentes e a avaliação da eficácia destas estratégias de forma isolada e combinada sobre a intenção de adoção de comportamentos sexuais saudáveis, bem como a comparação dos resultados entre os grupos.

### 5.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado em escolas públicas de Fortaleza, Ceará. Optou-se por contar com a participação de escolas públicas em detrimento das escolas particulares, tanto por seus adolescentes terem características relacionadas a sexualidade equivalentes aos adolescentes das escolas privadas (GUBERT, 2011) da referida cidade, e ainda, pelo fato de as escolas públicas configurarem um campo de atuação em pesquisa e extensão do Grupo de Pesquisa Aids – Educação e Prevenção, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, do qual a pesquisadora participa.

Entende-se ainda que a possibilidade de os adolescentes das escolas públicas não possuírem computadores em seus domicílios, não será um impedimento a realização do estudo, já que a maioria das escolas públicas da cidade disponibiliza este recurso para os seus adolescentes em laboratórios de informática, aos quais os adolescentes tem acesso para as aulas e para pesquisas escolares.

Vale ressaltar que foram escolhidas as escolas que possuísem laboratórios de informática, visando viabilizar a participação dos adolescentes no estudo. Foram escolhidas as escolas cujos laboratórios tivessem pelo menos 10 computadores completos em pleno estado de funcionamento e com o uso disponível de recursos de navegação de internet.

Foram escolhidas três escolas de ensino médio para que se realizassem estratégias educativas diferentes, de forma isolada ou combinada, para que os seus adolescentes participassem do desenvolvimento deste estudo. As escolas são todas exclusivamente de ensino médio, localizadas na Secretaria Executiva Regional III de Fortaleza-CE. Todas as escolas são equipadas com salas de aula, laboratório de informática, pátio de convivência, quadra de esportes, conferindo esta a estrutura escolas básica da educação brasileira.

O Ensino Médio no Brasil é de responsabilidade dos governos estaduais, de modo que foi feito contato com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará, e foram escolhidas três escolas de ensino médio localizadas na cidade de Fortaleza que possuísem laboratórios de informática com acesso liberado para os seus adolescentes.

As escolas foram denominadas neste estudo pelas letras A, B e C, e a escolha das estratégias educativas para cada escola foi aleatória, de modo que na Escola A foi aplicado apenas o *site* educativo sobre prevenção de DST/HIV, na Escola B foi aplicada apenas a roda de conversa, e na Escola C foram aplicados o *site* educativo e a roda de conversa, contemplando assim os objetivos do estudo.

As escolas foram visitadas para a autorização e explanação sobre os objetivos do estudo junto a coordenação e direção, e foram combinados horários mais propícios para a realização das intervenções educativas, de acordo com a disponibilidade dos professores e/ou horários livres dos alunos. Os horários acordados estiverem em conformidade também com a disponibilidade de horários do laboratório de informática e do professor responsável pelo laboratório, indicando uma integração necessária entre os vários atores participantes deste processo educativo: pesquisadora, alunos, professores, coordenadores, diretores e funcionários do laboratório de informática.

### 5.3 População e amostra do estudo

Para o desenvolvimento completo deste estudo, foram utilizados três grupos diferentes de adolescentes, para participar das diferentes intervenções educativas a depender da escola onde estes adolescentes estudavam, que foram selecionados como mostrado a seguir.

Todos os alunos do Ensino Médio dos turnos manhã e tarde com idade de até 19 anos foram convidados para participar do presente estudo, tendo sido excluídos do estudo os alunos do turno da noite pelo fato de estes apresentarem perfis sócio-demográficos diferenciados, inclusive com a presença de poucos adolescentes estudando no referido turno, segundo informações das direções e coordenações das escolas participantes do estudo.

Os adolescentes foram convidados a participar do estudo, e os que concordaram e obtiveram a autorização de seus pais foram incluídos, buscando a participação voluntária mediante o seu interesse.

Os alunos foram visitados em espaços de tempo cedidos pelo professor, de acordo com as turmas em que os mesmos estudavam, de modo que foram visitadas todas as turmas de ensino médio dos turnos manhã e tarde, sendo estas duas turmas pela manhã e quatro turmas a tarde na Escola A, seis turmas pela manhã e duas turmas a tarde na Escola B, e oito turmas pela manhã e uma turma a tarde na Escola C.

As atividades educativas ocorreram em dezembro de 2013, apesar de as direções e coordenações das escolas terem informado que neste período os alunos não estavam indo a escola com a mesma frequência de antes, sem nenhum motivo aparente, já que o período letivo só terminaria em janeiro de 2014. Isto justifica o fato de que mesmo tendo visitado um total de 23 turmas nas três escolas, foram entrevistados apenas 323 adolescentes. Tentou-se obter o número total de alunos matriculados na escola, contudo os dados não estavam atualizados e consolidados, visto terem acontecido diversas transferências de escola e ainda abandono do período letivo por alguns alunos.

Para o presente estudo, não foi realizado cálculo amostral, mas houve a intenção de realizar o estudo com o maior número de adolescentes quanto fosse possível. Dessa forma foram incluídos todos os adolescentes que aceitassem participar do estudo, cujos pais autorizassem a sua participação e que participaram dos dois momentos de coleta de dados.



O instrumento de coleta de dados foi preenchido pela primeira vez antes das estratégias educativas e pela segunda vez pelos adolescentes cerca de um mês após as atividades educativas, no mês de janeiro de 2014, no laboratório de informática da escola em horários também acordados com a direção e coordenação das escolas participantes do estudo.

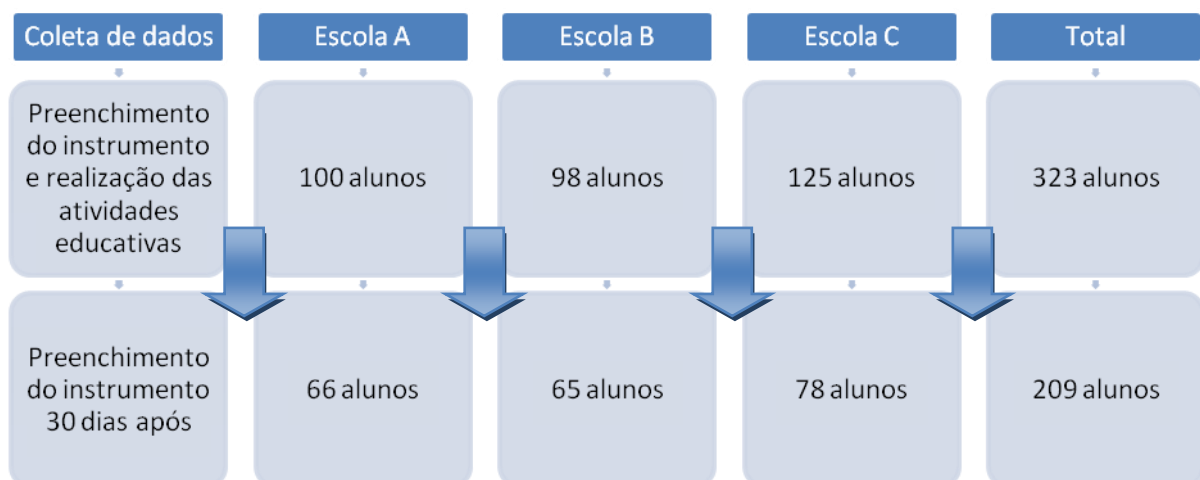
O preenchimento do instrumento de coleta de dados foi realizado pela segunda vez em média 26,04 dias depois, com o mínimo de 19 e o máximo de 29 dias entre os dois momentos da coleta de dados.

Vale destacar que o mês de dezembro de 2013 e janeiro de 2014 fazem parte do mesmo ano letivo de acordo com o calendário das escolas, e isto aconteceu por conta de greves escolares ocorridas anteriormente.

Foram considerados como critérios de descontinuidade na participação do estudo: adolescentes que mudaram de escola, que desistiram de participar do estudo durante o andamento do mesmo ou que não preencheram os instrumentos nos dois momentos pré-determinados.

Ressalta-se que houve perdas de participantes do estudo entre os dois preenchimentos do instrumento de coleta de dados, entretanto, isto não prejudicou a análise dos dados coletados para contemplar os objetivos propostos. As perdas foram integralmente decorrentes do não comparecimento dos adolescentes ao segundo preenchimento do instrumento de coleta de dados.

Fluxograma 1 – Distribuição da amostra do estudo de acordo com a coleta de dados.



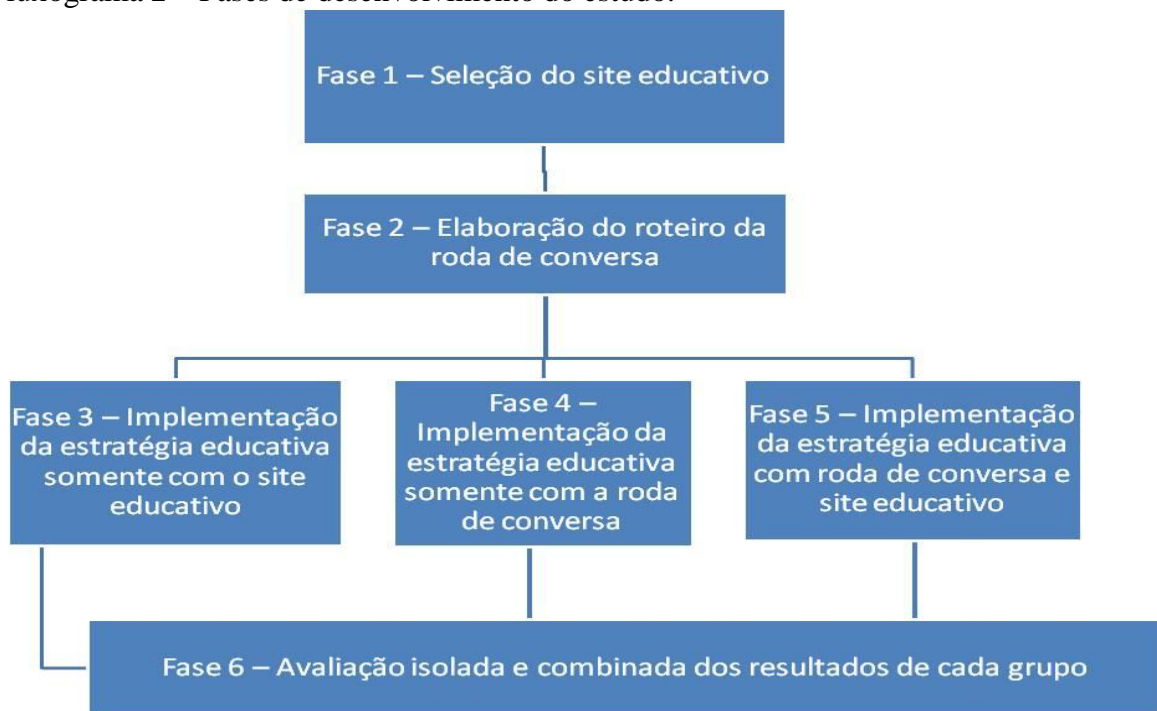
Fonte: Elaborado pela autora.

Vale ressaltar que, para efeitos éticos, visando não condicionar um cuidado de enfermagem a participação no estudo, mesmo os adolescentes que não assentiram em participar do estudo, ou aqueles cujos pais não consentiram na sua participação, foram convidados para a participação das atividades educativas propostas, não participando apenas das etapas referentes ao preenchimento do instrumento de coleta de dados.

#### 5.4 Fases do estudo

O presente estudo possui seis diferentes fases que visam contemplar os objetivos propostos anteriormente que se organizam segundo um fluxograma para determinar o andamento adequado do estudo proposto. Assim, segue o fluxograma que dispõe as fases deste estudo:

Fluxograma 2 – Fases de desenvolvimento do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Apresentadas as etapas, ressalta-se que o presente estudo não apenas contou com diversas técnicas de coleta de dados, mas foi possível utilizar em cada fase materiais e métodos distintos. Vale ressaltar que estas diferenças serão importantes para contemplar o

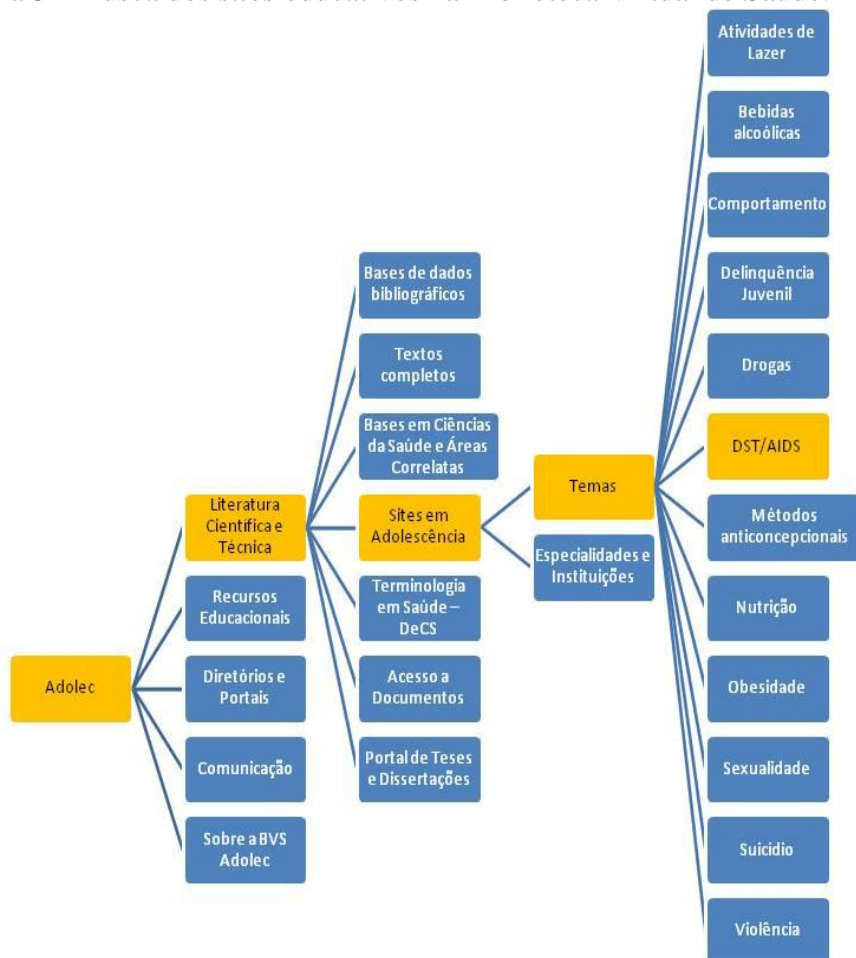
foco de cada fase do estudo, com vistas a possibilitar estratégias mais adequadas para atingir os objetivos propostos.

As etapas estão dispostas no Fluxograma 2 segundo a ordem cronológica de acontecimento das etapas do estudo, e para uma melhor compreensão das mesmas, segue a descrição detalhada de cada uma delas.

#### 5.4.1 Fase 1 – Seleção do site educativo

Foram analisados os *sites* educativos disponibilizados para adolescentes na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no *site* Adolec, disponível no link [www.adolec.br](http://www.adolec.br) e a escolha do *site* se deu conforme os passos indicados no fluxograma a seguir.

Fluxograma 3 – Busca dos *sites* educativos na Biblioteca Virtual de Saúde.



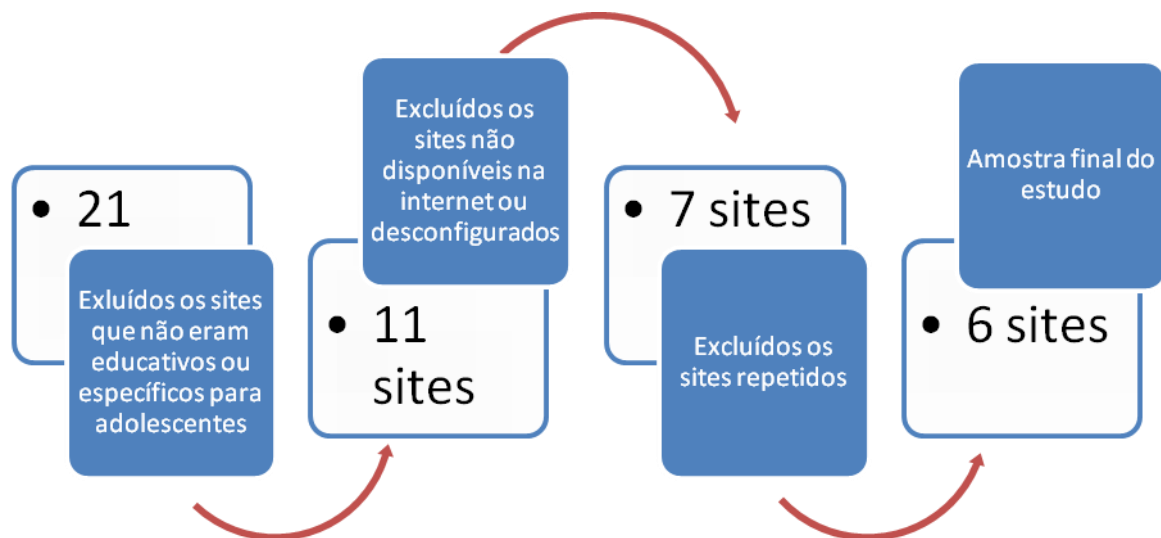
Fonte: Elaborado pela autora.

Acessou-se o link DST/AIDS e foram encontrados 21 *sites* educativos que tratam do tema, e estes 21 *sites* foram avaliados segundo os critérios de qualidade de Buttentuit Júnior e Coutinho (2008) e um deles foi selecionado para ser utilizado neste estudo.

Buttentuit Júnior e Coutinho (2008) estabeleceram critérios de qualidade para *sites* educativos segundo três tópicos: dados gerais, informações/conteúdo e usabilidade. Os autores elaboraram algumas perguntas simples que refletem a qualidade de um *site* educativo, tendo sido 11 perguntas referentes aos dados gerais dos *sites* educativos, 8 perguntas sobre informações/conteúdo disponibilizados no material e 11 perguntas sobre usabilidade do *site*.

Baseados nestas perguntas, foi elaborado um instrumento de avaliação dos *sites* educativos (APÊNDICE A). As perguntas tiveram como opções de resposta as palavras Sim, Em parte e Não, de modo que cada resposta afirmativa correspondeu a dois pontos, a resposta Em parte correspondeu a um ponto e a resposta negativa não pontuou no formulário, que foi preenchido pela pesquisadora. O máximo de pontos que poderia ser obtido do preenchimento do Apêndice A seria 60 pontos, e o *site* educativo que contabilizou o maior número total de pontos de acordo com o instrumento elaborado foi o escolhido para ser utilizado nas atividades educativas deste estudo em dois dos três grupos.

Fluxograma 4 – Caminho percorrido na avaliação dos sites educativos.



Fonte: Elaborado pela autora.

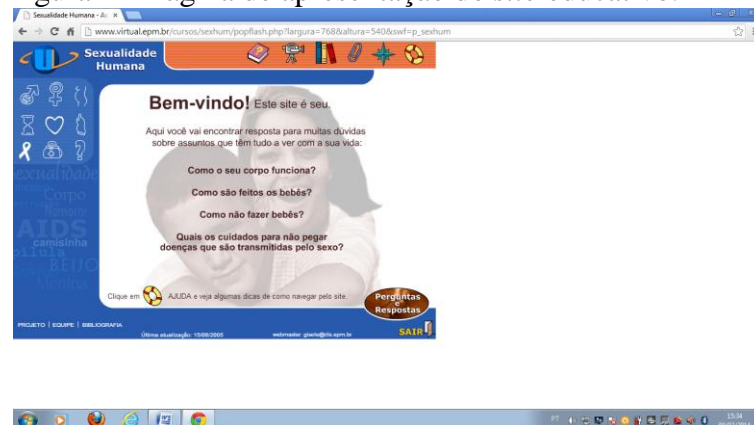
Durante a etapa de análise dos *sites* educativos, encontrou-se que alguns dos *sites* indicados na base de dados não estava mais disponível na internet, outros ainda não eram adequados para adolescentes e outros não consistiam em *sites* educativos mas apenas em um banco de informações, de modo que foram incluídos apenas 06 *sites* diferentes para a avaliação segundo o instrumento de critérios de qualidade para *sites* educativos.

O *site* educativo que atingiu maior pontuação segundo o instrumento construído alcançou um total de 45 pontos, e se encontra disponível no endereço virtual <http://www.virtual.epm.br/cursos/apresentacao/sexport.htm>, e foi produzido por um grupo de estudos em saúde sexual e reprodutiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Os outros cinco *sites* educativos obtiveram de 24 a 44 pontos de acordo com o instrumento utilizado. O *site* educativo que obteve maior pontuação foram 45 pontos de um total de 60, correspondendo a 75% da pontuação que poderia ser atingida, podendo considerar que muitos critérios de qualidade não foram contemplados pelos *sites* educativos.

O *site* escolhido não indica a utilização de um referencial teórico para o desenvolvimento do mesmo, de modo que não haverá uma uniformidade de referenciais teóricos para o desenvolvimento das tecnologias educativas, já que a roda de conversa segue os princípios freireanos como descrito no tópico a seguir. Além disso, o *site* educativo não contempla ferramentas de comunicação entre educadores e educandos, como fórum e chats sobre a temática trabalhada, apresentando somente um tópico de dúvidas e perguntas mais frequentes entre adolescentes sobre sexualidade.

As figuras a seguir ilustram o *site* educativo utilizado no presente estudo, iniciando pela página de apresentação do *site*:

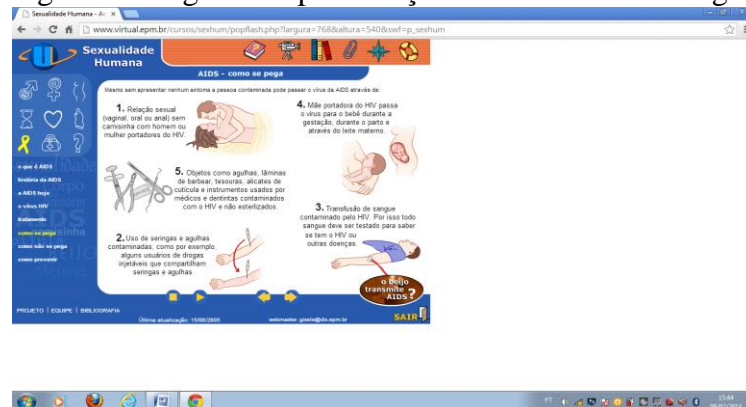
Figura 1 – Página de apresentação do *site* educativo.



Fonte: <http://www.virtual.epm.br/cursos/apresentacao/sexport.htm>

O *site* educativo escolhido aborda os seguintes tópicos: Anatomia Masculina, Anatomia Feminina, Gravidez, Adolescência, Sentimentos, Métodos Anticoncepcionais, AIDS, DST, Mitos e Tabus. Existem links com subtópicos que tratam de temas relacionados ao adolescente e ainda um link de perguntas mais frequentes, nos quais os adolescentes podem navegar livremente e obter as informações que desejar.

Figura 2 – Página de apresentação das formas de contágio pelo HIV.



Fonte: <http://www.virtual.epm.br/cursos/apresentacao/sexport.htm>

Os links de acesso aos diversos temas estão disponíveis no canto superior esquerdo da tela de apresentação e em todas as telas do *site* educativo, possibilitando ao adolescente acessar as informações desejadas a qualquer momento da utilização do *site* educativo.

O *site* escolhido é dotado de animações no decorrer das informações e para que o mesmo seja executado plenamente são necessários programas simples e de fácil acesso para a população, de modo que não foi necessária a instalação de nenhum programa específico nos computadores das escolas para que o *site* fosse acessado.

Figura 3 – Página de apresentação das formas de prevenção de contaminação por HIV, com animações sobre o tema.



Fonte: <http://www.virtual.epm.br/cursos/apresentacao/sexport.htm>

Vale ressaltar que as animações presentes no site educativo não possuem limitação de tempo para a visualização das mesmas, e ainda é possível repeti-las quantas vezes forem necessárias.

#### **5.4.2 Fase 2 – Elaboração do roteiro da roda de conversa**

Escolhido o *site* educativo, deu-se início a fase de elaboração de um roteiro com pontos a serem discutidos junto aos adolescentes no desenvolvimento de uma roda de conversa, que consistiu na estratégia educativa utilizada com dois dos grupos de adolescentes.

Freire chama os referidos pontos de ideias geradoras, ou seja, uma seleção de ideias que geram a discussão e a possibilidade de uma estratégia educativa baseada nas experiências dos próprios sujeitos, valorizando a sua experiência de vida e assim podendo gerar um aprendizado com autonomia (FREIRE, 2009).

A roda de conversa consiste em uma prática que vem sendo usada há muitos anos, a partir da construção coletiva originada da discussão grupal a respeito de um determinado tema, quando os participantes conseguem traçar novos rumos a uma prática de vida, seja esta individual ou coletiva (MRECH; RAHME, 2009). No estudo destes autores, foram realizadas rodas de conversa entre os alunos da educação infantil e entre professores, de forma que os alunos puderam participar mais ativamente da construção de sua própria educação e os professores puderam conhecer melhor a opinião dos alunos a respeito dos vários assuntos apresentados. A experiência resultou na diminuição de maus comportamentos entre os alunos e no aumento da sua receptividade para aprender na escola.

O roteiro da roda de conversa do presente estudo foi elaborado com base no *site* educativo, de forma que os dois possuíssem conteúdo equivalente, para que a comparação da eficácia entre as estratégias educativas entre os grupos fosse possível (APÊNDICE B). Entretanto, o presente roteiro não passou por processo de validação, visto que sua construção foi baseada no conteúdo do site educativo escolhido.

As ideias geradoras foram denominadas neste estudo de subtemas, de modo que o conteúdo presente no *site* educativo foi pontuado em seis subtemas: adolescência, anatomia masculina, anatomia feminina, DST, prevenção de DST e prevenção de HIV. Esses subtemas deram origem a dez perguntas que deviam ser lançadas ao grupo de adolescentes durante a roda de conversa, abordando o conhecimento sobre DST/HIV, especialmente sobre HIV.

No roteiro de roda de conversa também foram pontuadas as informações que deveriam ser discutidas entre o grupo, de modo que o facilitador da roda de conversa só poderia passar para a próxima pergunta quando as informações dispostas fossem discutidas.

Os subtemas foram elaborados de acordo com os pontos presentes no *site* educativo e no instrumento de coleta de dados, ou seja, para a construção do roteiro foi respeitado o conteúdo do *site*, levando em consideração que os tópicos devem ser claros e objetivos para que os adolescentes não dispersassem durante a roda de conversa.

Destaca-se que a roda de conversa permite discussões e trocas que possibilitam mediações de aprendizagem e associações de competências profissionais, criando possibilidades de transformações da realidade, segundo a ética e os valores do cuidado em saúde (BRUM, 2009).

A construção do roteiro de roda de conversa também atentou para a necessidade de possibilitar o compartilhamento de informações entre facilitadores e adolescentes, e não o simples repasse de informações do educador para os educandos.

#### **5.4.3 Fase 3 – Implementação da estratégia educativa somente com o site educativo**

As etapas de aplicação das estratégias educativas consistem em um estudo avaliativo. Com base no fluxograma, as fases 3, 4 e 5 aconteceram simultaneamente junto aos adolescentes nas três escolas da cidade de Fortaleza escolhidas para o estudo. Entende-se que quando se tem estratégias educativas diferentes sendo avaliadas, é importante que não haja contato entre os participantes dos grupos, e por este motivo todos os alunos de uma mesma escola participaram da estratégia educativa com a mesma tecnologia.

Para garantir a não influência da pesquisadora nos resultados das estratégias educativas, foi utilizada a estratégia de cegamento na coleta de dados. Para tanto, foram treinados cinco estudantes de graduação e seis estudantes de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará que aplicaram as estratégias educativas e coletaram os dados de cada grupo referente a cada uma destas três fases do estudo que compuseram as estratégias educativas. Entretanto, para padronizar as ações durante a estratégia educativa, foi elaborado um instrumento de Procedimento Operacional Padrão (POP) para que os facilitadores pudessem segui-lo durante o uso do site educativo (APÊNDICE C).



Os adolescentes entregaram os termos de consentimento assinado por seus pais e então adentraram ao laboratório de informática da escola, onde puderam preencher inicialmente ao instrumento *online* e, depois de preenchê-lo, os adolescentes acessaram o *site* educativo e então dispuseram do tempo de duas horas para navegar no *site* individualmente.

Alguns alunos terminaram a navegação no site educativo antes do tempo previsto, outros precisaram de todo o tempo disponível para acessar o material educativo, denotando os diferentes tempos de aproveitamento do material educativo entre os participantes.

Foram realizadas seis sessões educativas com as turmas de ensino médio da escola A, tendo sido duas turmas pela manhã e quatro turmas a tarde, de modo que cada adolescente participou somente para uma única sessão. Assim, participaram da fase de intervenções educativas 100 alunos do ensino médio destas seis turmas.

Cerca de um mês depois os adolescentes foram visitados novamente pelos pesquisadores para preencher novamente ao instrumento online, contudo nem todos foram encontrados, havendo perdas no estudo. Assim, a amostra final da escola A foi de 66 estudantes.

#### ***5.4.4 Fase 4 – Implementação da estratégia educativa somente com a roda de conversa***

Esta fase do estudo consistiu em desenvolver uma atividade educativa através de uma roda de conversa com um grupo de adolescentes, cujo conteúdo das discussões seguiu o roteiro previamente construído, em consonância com o conteúdo do *site* aplicado na fase anterior do estudo.

Semelhantemente ao grupo anterior, este grupo antes da intervenção educativa preencheu o instrumento *online* sobre tema sexualidade do adolescente e prevenção de DST/HIV.

Foram realizados grupos de adolescentes, dada a necessidade de compartilhamento das opiniões dos mesmos, o que se torna inviável em estratégias com grupos muito grandes.

O grupo ficou reunido por duas horas, em um único encontro, no intuito de se assemelhar com o grupo que teve contato somente com o *site* educativo e que só teve contato por duas horas com a tecnologia. Deste modo, as estratégias educativas foram equivalentes tanto no conteúdo como no tempo de duração das atividades propostas.

Para nortear a atividade educativa, foi construído também um POP para a roda de conversa (APÊNDICE D), de modo que a roda de conversa seguiu os seguintes passos: apresentação dos facilitadores, apresentação dos participantes, discussão das informações baseadas no *site* educativo escolhido, avaliação da estratégia educativa.

Esses passos foram estabelecidos para seguir uma lógica de contato entre os facilitadores e os adolescentes, e ainda dar a oportunidade de discussão sobre os pontos relacionados a prevenção de DST/HIV entre a referida população.

A roda de conversa foi realizada na própria escola onde os adolescentes se encontravam, em horário e sala disponibilizados pela direção ou coordenação da escola. As atividades foram executadas por estudantes de graduação e pós-graduação em Enfermagem, tendo sido estes treinados previamente para conduzir estas atividades junto aos adolescentes.

Foram realizadas oito sessões educativas com as turmas de ensino médio da escola B, tendo sido seis turmas pela manhã e duas turmas a tarde. Desta forma, participaram da fase de intervenções educativas 98 alunos destas oito turmas.

Os adolescentes entregaram os termos de consentimento assinado por seus pais e então os jovens compareceram ao laboratório de informática onde acessaram o instrumento *online* e, depois de preenchê-lo, os adolescentes foram encaminhados ao local onde a roda de conversa aconteceria durante as duas horas seguintes.

Cerca de um mês depois, os pesquisadores retornaram a escola para que os adolescentes pudessem preencher novamente ao instrumento online. Semelhantemente ao que aconteceu na escola A, na escola B também houve perdas, tendo sido a amostra final de 65 alunos.

#### ***5.4.5 Fase 5 – Implementação da estratégia educativa com roda de conversa e site educativo***

Na Fase 5 do estudo, ambas as estratégias foram aplicadas com um grupo de adolescentes, que inicialmente responderam ao instrumento *online*, dando seguimento com o acesso ao *site* educativo e os adolescentes seguiram para a roda de conversa.

Esta ordem foi escolhida por facilitar a logística no momento da coleta de dados, visto que o preenchimento do instrumento online foi realizado no laboratório de informática e desta forma, seguiu-se a estratégia educativa com o *site*, e então os adolescentes mudaram de

sala para participar da roda de conversa sobre a temática. É possível que a utilização do site educativo antes da realização da roda de conversa favoreça o diálogo entre os participantes, de modo que muitas dúvidas puderam surgir durante a utilização do site educativo e puderam ser solucionadas durante a roda de conversa.

Igualmente aos outros dois grupos, este grupo recebeu duas horas de intervenção educativa, sendo uma hora de intervenção com o *site* educativo e uma hora com a roda de conversa, no intuito de manter o padrão de tempo utilizado nas estratégias educativas, de modo que as diferenças serão apenas com relação a tecnologia educativa empregada em cada grupo.

Foram realizadas nove sessões educativas com as turmas de ensino médio da escola C, tendo sido oito turmas pela manhã e uma turma no turno da tarde. Esta intervenção foi igualmente orientada por um POP para manter a padronização das ações educativas realizadas (APÊNDICE E). Participaram da fase de intervenções educativas um total de 125 alunos das nove turmas.

Os adolescentes entregaram os termos de consentimento assinado por seus pais e os termos de assentimento assinados por eles mesmos, e então os jovens compareceram ao laboratório de informática onde acessaram o instrumento *online*, seguindo por acessar o *site* educativo durante uma hora e então os participantes foram encaminhados ao local onde a roda de conversa aconteceria durante a hora seguinte.

Durante a estratégia proposta, os adolescentes foram receptivos, contudo foi necessário negociar com alguns professores os horários para que os adolescentes participassem do estudo. Mas diante das explicações a respeito da estratégia educativa e da autorização da direção e coordenação da escola, os professores não apenas consentiram como também estimularam os adolescentes a participar das estratégias educativas propostas para os mesmos.

Um mês depois, houve o retorno dos pesquisadores a escola e então 78 adolescentes foram encontrados na escola para preencher novamente o instrumento *online*, havendo perdas consideráveis assim como nas outras escolas.

Destaca-se ainda que as três escolas tiveram perdas na amostra do estudo em quantidade semelhante, de modo que foi mantida a proporção de adolescentes entre as escolas, independente da estratégia educativa.

É oportuno ressaltar que ao final de cada estratégia educativa, nas Fases 3, 4 e 5 do presente estudo, os alunos foram orientados com relação a aplicação do instrumento online um mês após as intervenções educativas. Os mesmos concordaram com isto pelo fato de ser o final do período letivo desses adolescentes, e assim eles estariam na escola.

#### **5.4.6 Fase 6 – Avaliação isolada e combinada dos resultados de cada grupo**

Realizadas todas as estratégias educativas, seguiu-se a etapa de comparação avaliativa das estratégias, comparando-se os resultados obtidos em cada grupo, bem como 30 dias após a realização das mesmas, para avaliar a permanência do conhecimento adquirido e da intenção de adoção de comportamento sexual saudável visando a prevenção de DST/HIV.

Desta forma foi aplicado o instrumento online antes das intervenções educativas e aproximadamente 30 dias após a realização da estratégia educativa, como está descrito a seguir. Como informação mais exata, temos que os adolescentes preencheram ao instrumento online pela segunda vez em média 26,04 dias após o primeiro preenchimento.

Semelhantemente, Garcia *et al.* (2009) estabeleceram um período de 30 dias entre a estratégia educativa e a avaliação da presença de placas bacterianas nos dentes de crianças pertencentes a uma escola pública de São Carlos, São Paulo, e foi possível identificar mudanças positivas no comportamento de autocuidado entre as crianças pesquisadas.

Navarrete e Burgos (2008) realizaram uma estratégia educativa para a prevenção de cáries entre crianças e avaliaram a saúde bucal das mesmas com 30 e 60 dias, e encontraram resultados mais efetivos na avaliação realizada ao final de 30 dias, recomendando, portanto, a avaliação com este espaço de tempo entre os instrumentos de pré e pós teste. Assim, foram comparados os dados coletados dos instrumentos *online* no momento da estratégia educativa e cerca de 30 dias após a mesma,

### **5.5 Instrumento de coleta de dados**

Anteriormente ao contato dos adolescentes com as estratégias educativas, foi aplicado o instrumento online (ANEXO B) que abrangeu as informações: dados pessoais e sócio-demográficos, fatores relacionados a saúde sexual e reprodutiva destes adolescentes;

questões relacionadas a intenção de adoção de comportamento sexual saudável por estes adolescentes.

Este instrumento foi validado em aparência e conteúdo por componentes do Grupo de Pesquisa e Extensão Aids: Educação e Prevenção, considerados especialistas em sexualidade de adolescentes, podendo ser utilizado para o fim a que este estudo se destina (ANEXO A) (ARAÚJO, 2013).

Este grupo de pesquisa existe há mais de uma década na Universidade Federal do Ceará e se reúne quinzenalmente para reuniões científicas a respeito da prevenção de DST/HIV entre adolescentes, com foco de atuação especial nas escolas públicas de Fortaleza-CE.

Entretanto, algumas perguntas foram consideradas desnecessárias para a realização do presente estudo, como por exemplo as questões relacionadas a intenção de adolescentes de doar sangue, de modo que foi gerado a partir do instrumento original, um instrumento adaptado, mas que continuou com a mesma essência do primeiro no que diz respeito a saúde sexual e reprodutiva (ANEXO B).

Algumas variáveis foram incluídas no instrumento online adaptado, mas não foram analisadas no presente estudo, pois notou-se que os adolescentes apresentaram respostas incongruentes, sugerindo que algumas perguntas não teriam ficado claras para esta população. Como não foi possível ter certeza das respostas dos adolescentes, preferiu-se excluir essas variáveis da análise de dados.

Com relação as questões relacionadas ao conhecimento sobre HIV e seus modos de contaminação, foi necessário analisa-las em conjunto, de modo que considerou-se que o adolescente tinha conhecimento sobre DST/HIV se ele cometesse até dois erros no preenchimento do instrumento.

Destaca-se que o mesmo instrumento (ANEXO B) foi utilizado em ambos os momentos: antes da estratégia educativa e aproximadamente 30 dias após a mesma, visando a comparação das respostas dos adolescentes nestes dois momentos.

## **5.6 Apresentação e análise de dados**

Os dados coletados foram apresentados por meio de tabelas, para facilitar a disposição das variáveis do estudo, assim como os testes estatísticos realizados. A análise

estatística dessas informações foi feita com base na estatística descritiva e nos testes de qui-quadrado, risco relativo, teste F (Anova), teste de Levene.

Para efeitos de análise estatística, considerou-se o intervalo de confiança de 95%, bem como nível de significância de 5%, implicando que considerou-se estatisticamente significativo os testes em que  $p < 0,05$ .

## **5.7 Aspectos éticos do estudo**

O referido estudo foi realizado mediante o cumprimento da resolução que normatiza a realização de pesquisas com seres humanos, ou seja, a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

De acordo com a supracitada resolução, os adolescentes, por serem menores de idade, não podem se responsabilizar e autorizar a sua participação em estudos de pesquisa, de forma que faz-se necessária a autorização dos seus pais e/ou responsáveis para a participação na presente pesquisa. Os adolescentes, entretanto, precisam aceitar participar do estudo, visando a preservação da autonomia dos sujeitos.

Assim, antes de responderem ao questionário e participarem dos grupos educativos, os adolescentes levaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias iguais para os seus domicílios, para que os seus pais pudessem autorizar a sua participação no mesmo (APÊNDICE F). A participação dos adolescentes esteve condicionada a entrega do referido termo assinado pelos seus pais e a assinatura do Termo de Assentimento do adolescente (APÊNDICE G). Ao entregarem os termos assinados pelos responsáveis, os adolescentes acessaram o instrumento online para que pudessem preencher o mesmo (ANEXO B).

O presente projeto foi encaminhado para a Plataforma Brasil, que o encaminhou ao Comitê de Ética da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAV) que o avaliou e o aprovou segundo o número de protocolo 466.420 de 11/11/2013.

## **6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados deste estudo serão apresentados na ordem em que as fases do estudo foram desenvolvidas, ou seja, na sequência do fluxograma apresentado no capítulo anterior. Vale destacar que os resultados do presente estudo contemplarão os termos conhecimento sobre DST/HIV, que denota os conceitos aprendidos sobre a temática, e atitude que se refere a opinião dos sujeitos sobre uma temática, que neste estudo revela a intenção de adotar comportamentos de prevenção a DST/HIV entre os adolescentes. Houve a intenção de pesquisar a prática do comportamento sexual entre os adolescentes, contudo, o período de estudo foi considerado curto para avaliá-la. Deste modo, este estudo está concentrado somente no conhecimento e na intenção de adoção de comportamento de prevenção a DST/HIV.

### **6.1 Fase 3 – Grupo que recebeu a estratégia educativa somente com o site educativo**

No momento do convite para participar da pesquisa, a maioria dos adolescentes aceitou participar da mesma, havendo apenas algumas recusas relacionadas ao preenchimento do questionário, pelo fato de os adolescentes considerarem as informações muito íntimas e terem vergonha de falar sobre o assunto.

Alguns dos adolescentes se sentiram constrangidos ao responder o questionário, pois não sabiam qual o destino das informações cedidas, se seriam expostos em alguma mídia ou se as mesmas seriam repassadas aos pais, apesar de conhecerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante disto, os critérios éticos da pesquisa foram novamente explicados aos adolescentes, especialmente no que se refere a manutenção do sigilo das informações coletadas, resultando na melhor compreensão dos adolescentes e consequente aceitação na participação na pesquisa.

Durante a fase de preenchimento do questionário, os adolescentes fizeram várias brincadeiras e piadas relacionadas ao conteúdo do questionário, e os mesmos foram convidados a responder o questionário individual e reservadamente. Denota-se que essas brincadeiras possivelmente estão relacionadas ao sentimento de timidez em tratar de assuntos relacionados a saúde sexual e reprodutiva, relativamente comum entre os adolescentes, podendo ser um reflexo da opinião social sobre a temática.

Percebeu-se que os adolescentes demonstraram um grande interesse pela temática, evidenciado pelo fato de que durante o acesso dos adolescentes ao *site* educativo, os mesmos navegaram por todas as janelas e abas existentes com muita curiosidade e interesse, principalmente na visualização das imagens das DST.

Verificou-se que os adolescentes apresentaram alto interesse na utilização do *site* educativo, e eles possuem essa habilidade nata de utilizar largamente as tecnologias computacionais. Contudo, esse alto interesse parece estar mais centrado no que se refere a utilização de redes sociais, visando a comunicação com outros indivíduos, e não no que se refere ao aprendizado via tecnologia.

A maioria dos participantes do estudo com apenas uma hora em média visitando o *site* educativo se dispersou e não quis mais acessar a página, entrando em outras abas, acessando redes sociais e *sites* de postagens de vídeos diversos.

Os facilitadores das estratégias educativas insistiam para que os adolescentes permanecessem no *site* proposto pelo estudo, mas a maioria perguntava se já podia ir embora, abdicando do tempo restante para usufruir do *site* educativo. Em menos de duas horas os adolescentes referiram acessar todo o *site* e se mostravam bastante inquietos querendo sair do laboratório.

Estes fatos percebidos durante a realização da estratégia educativa somente com o *site* demonstrou que apesar de a referida tecnologia educacional ser considerada atrativa para a população estudada, o fato de o adolescente se encontrar com a possibilidade de navegar em diversas páginas diferentes pode representar um fator de distração que pode prejudicar a aprendizagem deste público.

Em uma visão geral, percebeu-se que o *site* educativo pôde contemplar muitas dúvidas relacionadas ao tema e despertou vários questionamentos, pois a didática do *site* com a utilização de imagens, animações e definições bem estruturadas chamou a atenção dos adolescentes para o tema a ser compreendido.

Isto pode sugerir que o aproveitamento a partir da utilização da tecnologia educativa pode estar relacionada ao nível de maturidade e comprometimento do usuário, fugindo ao controle do educador, de modo que adolescentes mais estimulados ou interessados no assunto podem ter demorado mais do que outros adolescentes na navegação do *site* educativo.



## **6.2 Fase 4 – Grupo que recebeu a estratégia educativa somente com a roda de conversa**

Desde o momento inicial, percebeu-se que os adolescentes, em sua maioria, apresentavam-se desinibidos quanto a abordagem dessa temática, participando ativamente dos questionamentos norteadores do presente estudo, expondo seu conhecimento prévio e tirando dúvidas sobre o assunto. Denotou-se ainda que as temáticas discutidas em grupo despertaram o anseio de conhecer melhor as transformações vivenciadas em torno da sexualidade, resultando em uma maior participação dos adolescentes nas atividades educativas.

Quando questionados sobre DST/HIV, percebeu-se que os participantes apresentavam conhecimento prévio, mencionando que consistiam em doenças transmitidas por via sexual, mas que poderiam ser transmitidas de outras formas.

Quando indagados sobre quais DST conheciam, os adolescentes apontavam uma quantidade significativa de doenças, porém não sabiam, na maioria das vezes, informar acerca das manifestações clínicas das doenças, restringindo-se a sinais e sintomas inespecíficos ou equivocados. Acerca das formas de transmissão, foi mencionado pelos adolescentes que essas doenças são transmitidas através do sexo, sendo mencionadas ainda outras formas de transmissão como: uso de seringas compartilhadas, transfusão sanguínea realizada de maneira inapropriada.

Uma boa parcela dos adolescentes não sabia que essas doenças são transmitidas tanto pelo sexo vaginal, quanto oral e anal. Entretanto, alguns mitos foram citados pelos adolescentes como forma de transmissão, como o beijo ou utilização de talheres ou copos compartilhados, tendo sido isto esclarecido durante a atividade educativa.

Em relação às formas de prevenção de DST/HIV, em sua maioria, os adolescentes possuíam conhecimento prévio quanto a utilização do preservativo masculino para este fim. Entretanto, em alguns casos particulares, os participantes mencionavam a utilização de anticoncepcional oral e realização do exame preventivo contra o câncer de colo do útero como ação viável para prevenir essas doenças, sendo esclarecido para os adolescentes que essas intervenções não eram eficazes para a prevenção de DST/HIV, mas explicando a sua verdadeira utilidade. Quanto ao tratamento, os adolescentes não sabiam diferenciar quais doenças eram tratáveis e curáveis, nem tão pouco o tratamento utilizado.

### **6.3 Fase 5 – Grupo que recebeu a estratégia educativa com roda de conversa e site educativo**

No momento da visualização do *site* educativo, os adolescentes mostravam-se bastante curiosos, mas alguns participantes não conseguiram permanecer durante uma hora pesquisando as informações desejadas no *site*, demonstrando a mesma dispersão apresentada pelos jovens que participaram da estratégia educativa somente com a utilização do *site* como tecnologia educativa, dando preferência principalmente a redes sociais durante o uso do computador.

Apesar de esta reação de dispersão entre os adolescentes ser comum ao grupo que recebeu estratégia educativa somente com site educativo, esta falta de concentração não era esperada para este grupo, pelo fato de o tempo disponibilizado para a utilização desta primeira tecnologia ser reduzido, ou seja, apenas de uma hora.

Isso mostra que o fator tempo não representa um determinante na preferência dos adolescentes a utilização das redes sociais em detrimento da utilização de sites educativos, o que pode indicar que a prioridade de acesso no momento em que os adolescentes ficam frente ao computador é por sites de relacionamentos.

No momento da realização da roda de conversa, a maioria dos adolescentes participava da atividade por meio de perguntas a respeito da temática. Percebeu-se ainda na roda de conversa que sobre todos os temas abordados, os adolescentes já tinham alguma informação prévia proveniente de diversos atores sociais (escola, amigos, internet, família, televisão, revistas, livros).

Acredita-se ainda que a alta receptividade a roda de conversa neste grupo possa ter sido influenciada pela utilização anterior do site educativo, o que pode ter acrescentado ou recordado conhecimentos sobre prevenção de DST/HIV e aflorado as dúvidas para este grupo, sendo estas expostas no momento da atividade educativa. Isso facilitou a comunicação e o compartilhamento de informações entre educador e educandos.

Denotou-se que este grupo se comportou da mesma forma que os outros grupos, o que nos remete ao fato de que as percepções dos grupos foram semelhantes, independente da escola em que a estratégia foi realizada, diferindo apenas com relação ao tipo de tecnologia educativa utilizada.

#### 6.4 Fase 6 – Comparação dos resultados de cada grupo

Realizadas as estratégias educativas nas três escolas e preenchidos os instrumentos de coleta de dados antes da intervenção e 30 dias após a mesma, os resultados foram comparados para que se pudesse identificar a eficácia das estratégias educativas. Inicialmente, seguem os dados sociodemográficos dos adolescentes.

**Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características sociodemográficas, Fortaleza, 2014.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (n=209)</b>		
13	1	0,5
14	11	5,3
15	45	21,5
16	64	30,6
17	46	22,0
18	30	14,4
19	12	5,7
<b>Sexo (n=209)</b>		
Feminino	121	57,9
Masculino	88	42,1
<b>Renda familiar* (n=209)</b>		
<1 salário mínimo	3	1,4
1 a 2 salários mínimos	144	68,9
2 a 3 salários mínimos	33	15,8
3 a 4 salários mínimos	19	9,1
>4 salários mínimos	2	1,0
Outros	8	3,8
<b>Religião (n=209)</b>		
Católica	109	52,2
Evangélica	65	31,1
Outros	4	1,9
Sem religião	31	14,8

Fonte: Elaborado pela autora  
\*Salário mínimo = R\$ 724,00.

Os adolescentes apresentaram idades entre 13 e 19 anos, tendo sido a média de 16,34 anos, e o desvio padrão de 1,292 anos. Encontrou-se também uma discreta maioria de mulheres, que representaram 57,9% dos adolescentes. Com relação a renda familiar, constatou-se que 68,9% dos adolescentes possuem renda familiar em torno de 1 a 2 salários mínimos. Com relação a religiosidade, denota-se que a grande maioria dos adolescentes é católico (52,2%) ou evangélico (31,1%).

Além de conhecer as características sociodemográficas dos adolescentes, faz-se necessário conhecer suas características sexuais, dispostas na tabela a seguir.

**Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características sexuais, Fortaleza, 2014.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Iniciação da vida sexual (n=209)</b>		
Sim	99	24,4
Não	110	52,6
<b>Idade de início de vida sexual (n=98)</b>		
7	1	1,0
8	1	1,0
10	2	2,0
11	3	3,1
12	4	4,1
13	15	15,3
14	20	20,4
15	23	23,5
16	18	18,4
17	11	11,2
<b>Situação afetiva (n=99)</b>		
Tenho esposo(a) ou companheiro(a) regular	31	31,3
Tenho parceiro sexual casual	50	50,5
Já tive parceiro, mas agora não tenho	18	18,2
<b>Último parceiro sexual (n=99)</b>		
Esposo(a) ou companheiro(a) regular	9	9,1
Namorado(a)	62	62,6
Parceiro(a) casual	28	28,3
<b>Gravidez (n=99)</b>		
Estou grávida neste momento	1	1,0
Sim	5	5,1
Não	93	93,9

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os participantes do estudo, denota-se que quase a metade deles já iniciou vida sexual (47,7%). Diante disto, para analisar os dados referentes ao perfil sexual dos adolescentes, serão considerados como número total os 99 adolescentes sexualmente ativos.

Dentre os adolescentes que iniciaram vida sexual, estes o fizeram entre 07 e 17 anos de idade, sendo este acontecimento mais frequente com 14 (20,4%) e 15 anos (23,5%), com média de 14,4 anos e desvio padrão de 1,909. Vale destacar que alguns adolescentes iniciaram atividade sexual ainda na infância, não tendo sido investigado se as relações sexuais foram consensuais ou não. Um dos adolescentes que já havia iniciado vida sexual não respondeu com que idade o fez, de modo que foram analisados os dados de 98 adolescentes.

Com relação as parcerias sexuais, denotou-se um fato preocupante, pois metade dos adolescentes sexualmente ativos referiram parceiros sexuais casuais no momento da entrevista (50,5%), bem como o último parceiro sexual mais citado foi o(a) namorado(a) (62,6%).

Entre os adolescentes sexualmente ativos, apenas 6,1% dos adolescentes sexualmente ativos referiram que já engravidaram ou engravidaram suas parceiras e que passaram por esta experiência somente uma vez.

Dos 209 adolescentes participantes do estudo, 208 adolescentes (99,5%) responderam que nunca foram acometidos por uma DST, e 01 adolescente respondeu que não sabia se havia tido alguma dessas doenças. Isto denota falta de acompanhamento e de conhecimento deste adolescente com relação a possibilidade de ser contaminado por microorganismos de transmissão sexual.

Tão importante quanto conhecer as características sociodemográficas e sexuais dos adolescentes é saber se os adolescentes quando analisados separadamente de acordo com a escola onde estudam constituem grupos homogêneos entre si, para garantir que as mudanças de conhecimento e atitude na prevenção de DST/HIV produzidas serão decorrentes das estratégias educativas implementadas e não decorrentes de um estado inicial que denote melhores condições de um dos grupos, podendo ser comparadas, como descrito a seguir.

**Tabela 3 – Distribuição da associação das características sociodemográficas dos estudantes segundo a sua escola de origem, Fortaleza, 2014.**

VARIÁVEIS	Geral		A		B		C		Valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>									
Feminino	88	42,1	40	33,1	34	28,1	47	38,8	0,546
Masculino	121	57,9	26	29,5	31	35,2	31	35,2	
<b>Renda Familiar</b>									
<1 salário mínimo	3	1,5	2	3,2	0	0,0	1	1,3	0,411
1 a 2 salários mínimos	144	71,6	49	77,8	42	67,7	53	69,7	
2 a 3 salários mínimos	33	16,4	8	12,7	12	19,4	13	17,1	
3 a 4 salários mínimos	19	9,5	4	6,3	8	12,9	7	9,2	
>4 salários mínimos	2	1,0	0	0,0	0	0,0	2	2,6	
<b>Religião</b>									
Católica	109	52,2	27	24,8	41	37,6	41	37,6	0,038
Evangélica	65	31,1	25	38,5	19	29,2	21	32,3	
Outros	31	14,8	0	0,0	2	50,0	2	50,0	
Sem religião	4	1,9	14	45,2	3	9,7	14	45,2	

Fonte: Elaborado pela autora

Com base no teste de qui-quadrado, consideram-se grupos homogêneos aqueles cujo valor de  $p > 0,05$ , e grupos estatisticamente diferentes os que apresentarem  $p < 0,05$ . Deste modo, os adolescentes participantes do estudo estão dispostos em grupos escolares homogêneos com relação as variáveis de sexo ( $p = 0,546$ ) e renda familiar ( $p = 0,411$ ). Contudo, os grupos escolares são significativamente diferentes no que diz respeito a variável religião ( $p = 0,038$ ), de modo que isto pode interferir no modo como as informações das atividades educativas serão recebidas pelos adolescentes.

**Tabela 4 – Associação das características sexuais dos estudantes com a sua escola de origem, Fortaleza, 2014.**

Variáveis	Geral		A		B		C		Valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Iniciação da Vida Sexual</b>									
Não	110	52,6	30	27,3	37	33,6	43	39,1	0,361
Sim	99	47,4	36	36,4	28	28,3	35	35,4	
<b>Situação Afetiva</b>									
Tenho esposo(a) ou companheiro(a) regular	31	14,8	16	24,2	6	9,2	9	11,5	0,180
Tenho parceiro sexual casual / ficante	50	23,9	11	16,7	20	30,8	19	24,4	
Já tive parceiro, mas agora não tenho parceiro	18	8,6	6	9,1	5	7,7	7	9,0	
Nunca tive parceiro(a) sexual	110	52,6	33	50,0	34	52,3	43	55,1	
<b>Último Parceiro Sexual</b>									
Esposo(a) ou companheiro(a) regular	110	52,6	4	44,4	4	44,4	1	11,1	0,299
Namorado(a)	28	13,4	24	38,7	18	29,0	20	32,3	
Parceiro(a) casual / ficante	9	4,3	8	28,6	6	21,4	14	50,0	
Nunca tive parceiro(a)	62	29,7	30	27,3	37	33,6	43	39,1	
<b>Gravidez</b>									
Sim	6	2,9	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0,106
Não	203	97,1	66	32,5	61	30,0	76	37,4	

Fonte: Elaborado pela autora

Semelhantemente a análise estatística da tabela 3, a comparação entre os grupos para as presentes variáveis foi realizada com base no teste qui-quadrado, e diante disto, foi encontrado que os grupos de adolescentes são considerados homogêneos no que diz respeito as seguintes variáveis: iniciação de vida sexual ( $p = 0,361$ ), situação afetiva ( $p = 0,180$ ), tipo de último parceiro sexual ( $p = 0,299$ ) e ocorrência de gravidez ( $p = 0,106$ ). Isso viabiliza a comparação entre os grupos.

**Tabela 5 – Associação da idade e idade de início de vida sexual dos estudantes com a sua escola de origem, Fortaleza, 2014.**

	Geral	Escola A	Escola B	Escola C	Valor de p
<b>Idade</b>					
N	209	66	65	78	
Mínimo	13	14	13	15	
Máximo	19	19	19	19	<b>&lt;0,001</b>
Média	16,34	16,7	15,6	16,63	
Mediana	16,00	17,0	15,0	16,00	
Desvio padrão	1,292	1,1	1,3	1,218	
<b>Idade de início de vida sexual</b>					
N	98	36	27	35	
Mínimo	7	7	11	8	
Máximo	17	17	17	17	<b>0,318</b>
Média	14,4	14,8	14,1	14,2	
Mediana	15,0	15,0	14,0	14,0	
Desvio padrão	1,9	2,0	1,5	2,1	

Fonte: Elaborado pela autora.

Utilizou-se o Teste F (ANOVA) para comparar os grupos quanto as médias de idade e de idade de início de vida sexual dos respondentes, e será atribuída diferença estatística se o valor de  $p < 0,05$ . Vale destacar que um adolescente não respondeu a idade com que iniciou a vida sexual, e por isso participaram desta análise 98 adolescentes.

No que diz respeito a comparação das idades dos adolescentes que participaram do presente estudo de acordo com as escolas a que os mesmos pertenciam,  $p < 0,001$ , de modo que tem-se que as médias de idade diferem entre os grupos, ressaltando que a Escola B é sensivelmente mais jovem que as outras escolas.

Com relação a média de idade de início de vida sexual,  $p = 0,318$ , e assim tem-se que as médias não diferem entre os grupos, e assim eles são homogêneos. Destaca-se ainda que a média de idade de início de vida sexual dos adolescentes em geral e de cada escola separadamente esteve abaixo de 15 anos de idade.

Assim, constata-se que estes três grupos de adolescentes são homogêneos com relação as variáveis sexo, renda familiar, iniciação de vida sexual, situação afetiva, tipo de último parceiro sexual, ocorrência de gravidez e idade de início de vida sexual, e que são homogêneos apenas quanto a idade e religião. Desta forma, constata-se que como os grupos

são homogêneos quanto a maioria das variáveis sociodemográficas e sexuais, é possível comparar os resultados das intervenções entre os grupos.

Assim, seguiu-se a análise das variáveis relacionadas ao conhecimento e prática sobre sexualidade e prevenção de DST/HIV.

**Tabela 6 – Avaliação do conhecimento dos adolescentes sobre HIV antes e após as estratégias educativas, Fortaleza, 2014.**

Grupos	Tem conhecimento sobre HIV				RR	IC 95%	Valor p	
	Sim		Não					
A	Pré	13	19,7	53	80,3	1,00	0,5 - 1,95	1,000
	Pós	13	19,7	53	80,3			
B	Pré	6	9,2	59	90,8	1,67	0,64 - 4,28	0,423
	Pós	10	15,4	55	84,6			
C	Pré	11	14,1	67	85,9	1,18	0,56 - 2,44	0,824
	Pós	13	16,7	65	83,3			
Geral	Pré	30	14,4	179	85,6	1,20	0,77 - 1,86	0,5024
	Pós	36	17,2	173	82,8			

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a avaliação do conhecimento sobre HIV, considerou-se que possuem conhecimento sobre HIV os adolescentes que tiveram no máximo dois erros entre as 15 perguntas que foram feitas relacionadas ao tema na presente pesquisa.

Embora o valor de p não tenha sido estatisticamente significativo entre o conhecimento sobre HIV antes e após as intervenções educativas nas três escolas, denotou-se que o risco relativo apontou para o aumento de probabilidade de aumentar o conhecimento com a participação nas estratégias educativas.

Quando avaliados em conjunto, vimos que os 209 adolescentes que participaram do estudo tiveram 20% de probabilidade de aumentar os conhecimentos sobre HIV mediante a participação em alguma estratégia educativa, independente se é uma tecnologia leve ou dura, e se estas estão sendo utilizadas de forma isolada ou combinada.

Ao analisar as escolas separadamente, encontrou-se que não houve mudança de conhecimento entre os adolescentes da Escola A, ou seja, que utilizaram apenas o *site* educativo. Entretanto, na escola C, onde foi utilizado *site* educativo combinado com roda de conversa, ou seja, tecnologias leve e dura utilizadas em conjunto, houve um aumento de 18% na probabilidade de adquirir conhecimentos sobre o tema. A escola que teve maior aumento de probabilidade de adquirir conhecimentos foi a Escola B, que utilizou somente a roda de conversa, e esta aumentou em 67%, que pode ser considerada um aumento importante na probabilidade de esta população ter adquirido conhecimentos sobre a temática estudada.



Neste sentido, pode-se verificar que a tecnologia leve foi mais eficaz em proporcionar aumento de probabilidade de elevar o conhecimento sobre o HIV entre os adolescentes entrevistados, não tendo sido isto estatisticamente significativo.

Investigou-se ainda se as variáveis nas quais os adolescentes não se mostraram como grupos homogêneos, sendo estas idade e religião, para verificar se isto influenciou nas características referentes a conhecimento e atitude dos adolescentes sobre a prevenção de DST, iniciando pelo conhecimento sobre HIV como descrito a seguir.

**Tabela 7 – Associação da idade sobre o conhecimento dos adolescentes sobre HIV antes e após as estratégias educativas, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não possui	53	16,7	1,12	0,479
Possui	13	16,9	1,04	
<b>Pós-teste</b>				
Não possui	51	16,6	1,04	0,058
Possui	15	17,2	1,21	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	58	16,6	1,09	0,076
Melhorou	8	17,4	1,06	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não possui	59	15,6	1,24	0,818
Possui	6	15,5	1,64	
<b>Pós-teste</b>				
Não possui	53	15,6	1,28	0,688
Possui	12	15,8	1,29	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	54	15,6	1,27	0,566
Melhorou	11	15,8	1,33	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não possui	67	16,6	1,24	0,773
Possui	11	16,7	1,10	
<b>Pós-teste</b>				
Não possui	63	16,6	1,19	0,402
Possui	15	16,9	1,36	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	69	16,6	1,20	0,498
Melhorou	9	16,9	1,36	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas escolas A, B e C a idade não se mostrou como uma característica que influenciasse o conhecimento sobre HIV antes e depois das intervenções educativas, assim como na comparação entre os dois momentos nas três escolas. Com isto, denota-se que embora os grupos de adolescentes sejam heterogêneos quanto a idade, a mesma não exerceu influência sobre a aquisição de conhecimento sobre DST.

Esta mesma comparação foi feita entre o conhecimento sobre HIV e religião, como mostra a tabela a seguir.

**Tabela 8 – Associação da religião sobre o conhecimento dos adolescentes antes e após as estratégias educativas, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não possui	24	18	0	11	0,295
Possui	3	7	0	3	
<b>Pós-teste</b>					
Não possui	22	19	0	10	0,806
Possui	5	6	0	4	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	23	23	0	12	0,705
Melhorou	4	2	0	2	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não possui	38	17	2	2	0,423
Possui	3	2	0	1	
<b>Pós-teste</b>					
Não possui	35	14	1	3	0,312
Possui	6	5	1	0	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	36	14	1	3	0,211
Melhorou	5	5	1	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não possui	36	18	1	12	0,490
Possui	5	3	1	2	
<b>Pós-teste</b>					
Não possui	31	18	1	13	0,266
Possui	10	3	1	1	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	35	19	1	14	0,163
Melhorou	6	2	1	0	

Fonte: Elaborado pela autora.

Os testes estatísticos demonstraram que a religião também não representou um variável com influência sobre o conhecimento sobre HIV antes e depois das estratégias educativas, bem como na comparação entre ambos os momentos.

Deste modo, o conhecimento sobre HIV não possui relação estatística com as variáveis idade e religião dos grupos de adolescentes entrevistados em nenhum dos momentos da coleta de dados.

Em seguida, questionou-se aos adolescentes se mediante a possibilidade de contaminação por alguma DST, eles mudariam o seu comportamento sexual, como mostra a tabela a seguir.

**Tabela 9 – Atitude dos adolescentes sobre a possibilidade de mudança de comportamento sexual no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Mudaria comportamento sexual		RR	IC 95%	Valor p		
		Sim	Não					
A	Pré	58	87,9	8	12,1	0,98	0,86 - 1,12	1,000
	Pós	57	86,4	9	13,6			
B	Pré	54	83,1	11	16,9	0,91	0,76 - 1,08	0,387
	Pós	49	75,4	16	24,6			
C	Pré	69	88,5	9	11,5	0,96	0,84 - 1,08	0,639
	Pós	66	84,6	12	15,4			
Geral	Pré	181	86,6	28	13,4	0,72	0,66 - 0,78	0,280
	Pós	172	82,3	37	17,7			

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre os adolescentes que participaram das atividades educativas propostas no presente estudo, denotou-se que o fato de os adolescentes terem participado de atividades educativas, independente de qual seja a intervenção, não aumentou a sua probabilidade de ter intenção de mudar o seu comportamento sexual mediante a possibilidade de contrair uma DST/HIV, visto que todos os riscos relativos foram menores que 1, o que mostra um maior desejo de mudar o comportamento sexual antes das atividades educativas, e não após as mesmas como era esperado, e que isso não foi estatisticamente significativo. Vale ressaltar que este resultado foi semelhante para os três grupos de adolescentes quando analisados separadamente ou em conjunto no presente estudo. Segue-se a avaliação da associação entre as variáveis idade e religião com a possibilidade de mudança de comportamento sexual.

**Tabela 10 – Associação da idade sobre a atitude dos adolescentes sobre a possibilidade de mudança de comportamento sexual no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	8	16,8	1,04	0,951
Sim	58	16,7	1,12	
<b>Pós-teste</b>				
Não	9	16,6	1,24	0,619
Sim	57	16,8	1,09	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	62	16,7	1,12	0,614
Melhorou	4	17,0	0,82	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	11	15,9	1,22	0,405
Sim	54	15,6	1,28	
<b>Pós-teste</b>				
Não	16	15,6	0,63	0,786*
Sim	49	15,6	1,42	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	63	15,5	1,22	<b>0,006</b>
Melhorou	2	18,0	0,00	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	9	16,4	1,24	0,633
Sim	69	16,7	1,22	
<b>Pós-teste</b>				
Não	12	17,1	0,90	0,091*
Sim	66	16,5	1,25	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	72	16,7	1,20	0,337
Melhorou	6	16,2	1,47	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Não se encontrou associação estatística entre a idade e as avaliações dos adolescentes quanto a possibilidade de mudanças quanto ao comportamento sexual antes e depois da atividade e na comparação entre as mesmas, exceto na comparação entre o pré e pós teste na escola B, que recebeu somente a estratégia de roda de conversa. Essa variável exerceu influência na atitude dos adolescentes de não quererem mudar seu comportamento sexual, de modo a confirmar os dados anteriores.

**Tabela 11 – Associação da religião e a atitude dos adolescentes sobre a possibilidade de mudança de comportamento sexual no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	5	3	0	0	0,301
Sim	22	22	0	14	
<b>Pós-teste</b>					
Não	6	3	0	0	0,155
Sim	21	22	0	14	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	25	23	0	14	0,672
Melhorou	2	2	0	0	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	7	3	1	0	0,488
Sim	34	16	1	3	
<b>Pós-teste</b>					
Não	11	4	1	0	0,608
Sim	30	15	1	3	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	39	19	2	3	1,000
Melhorou	2	0	0	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	8	0	0	1	0,098
Sim	33	21	2	13	
<b>Pós-teste</b>					
Não	6	4	0	2	0,937
Sim	35	17	2	12	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	35	21	2	14	0,180
Melhorou	6	0	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora.

A variável religião não exerceu associação estatística sobre o desejo de mudar o comportamento sexual mediante a possibilidade de adquirir uma DST/HIV entre os adolescentes que participaram do presente estudo em nenhum dos momentos, ou seja, nem antes da atividade educativa, nem após a mesma, ou na comparação entre as respostas dos adolescentes nos dois momentos da coleta de dados.

Seguiu-se a isto a análise da necessidade das respostas dos adolescentes sobre o fato de negociarem o uso da camisinha em todas as relações sexuais com seus parceiros, como mostra a tabela disposta a seguir.

**Tabela 12 – Atitude dos adolescentes sobre a necessidade de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos	Deve negociar o uso da camisinha				RR	IC 95%	Valor p	
	Sim		Não					
A	Pré	48	72,7	18	27,3	1,06	0,87 - 1,29	0,688
	Pós	51	77,3	15	22,7			
B	Pré	38	58,5	27	41,5	1,18	0,91 - 1,54	0,273
	Pós	45	69,2	20	30,8			
C	Pré	55	70,5	23	29,5	0,93	0,75 - 1,15	0,607
	Pós	51	65,4	27	34,6			
Geral	Pré	141	67,5	68	32,5	1,14	1,01 - 1,3	0,597
	Pós	147	70,3	62	29,7			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação a importância de negociar o uso do preservativo masculino com seu parceiro sexual, a comparação entre os grupos de adolescentes resultou em análises não estatisticamente significantes, e apresentou o fato de que os grupos quando analisados em conjunto, apresentaram 14% de aumento no índice de probabilidade de negociar o uso da camisinha.

Quando analisados separadamente, o grupo que acessou somente o *site* educativo apresentou 6% a mais de probabilidade de reconhecer a necessidade do uso da camisinha, e o grupo que recebeu somente a roda de conversa apresentou a maior probabilidade entre os grupos para este fato (18%).

Entretanto, o grupo que recebeu ambas as estratégias, Escola C, não apresentou melhor probabilidade para esta negociação, de modo que mais adolescentes apresentaram o desejo de negociar o uso do preservativo antes da atividade educativa.

Vale ressaltar que os índices de negociação antes da realização das atividades educativas já ultrapassava o índice de 58% em todas as escolas, de modo que a positiva adesão prévia a negociação em questão fez com que o índice de aumento não fosse tão relevante quanto o esperado, o que pode justificar a falta de significância estatística nestes dados.

**Tabela 13 – Associação da idade sobre a atitude dos adolescentes sobre a necessidade de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não/ Não sei	18	16,3	1,02	<b>0,042</b>
Sim	48	16,9	1,10	
<b>Pós-teste</b>				
Não/ Não sei	15	16,2	1,21	<b>0,034</b>
Sim	51	16,9	1,03	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	58	16,8	1,13	0,538
Melhorou	8	16,5	0,93	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não/ Não sei	27	15,6	1,01	0,904
Sim	38	15,6	1,44	
<b>Pós-teste</b>				
Não/ Não sei	20	15,4	0,75	0,259*
Sim	45	15,7	1,44	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	54	15,5	1,28	0,274
Melhorou	11	16,0	1,18	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não/ Não sei	23	16,7	1,26	0,754
Sim	55	16,6	1,21	
<b>Pós-teste</b>				
Não/ Não sei	27	16,5	1,12	0,442
Sim	51	16,7	1,27	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	72	16,6	1,23	0,936
Melhorou	6	16,7	1,21	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Com relação a associação da idade com a necessidade de negociação do uso da camisinha, encontrou-se que esta influenciou os resultados da Escola A nos momentos de pré-teste e pós-teste, e influenciou no índice de 6% de melhoria de comportamento entre os adolescentes participantes do estudo. Entretanto, nas outras escolas não houve associação

estatística entre as supracitadas variáveis. Além da idade, avaliou-se ainda a associação entre a religião dos adolescentes e a negociação do uso do preservativo.

**Tabela 14 – Associação da religião sobre a atitude dos adolescentes sobre a necessidade de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	1	6	0	3	0,213
Não sei	4	2	0	2	
Sim	22	17	0	9	
<b>Pós-teste</b>					
Não	3	6	0	3	0,714
Não sei	2	1	0	0	
Sim	22	18	0	11	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	24	23	0	11	0,551*
Melhorou	3	2	0	3	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	7	6	1	1	0,249
Não sei	7	3	1	1	
Sim	27	10	0	1	
<b>Pós-teste</b>					
Não	6	6	1	0	0,215
Não sei	7	0	0	0	
Sim	28	13	1	3	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	36	16	1	1	0,067
Melhorou	5	3	1	2	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	10	5	1	2	0,755
Não sei	3	2	0	0	
Sim	28	14	1	12	
<b>Pós-teste</b>					
Não	10	5	1	3	0,958
Não sei	4	3	0	1	
Sim	27	13	1	10	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	38	20	2	12	0,679
Melhorou	3	1	0	2	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.



Não foi estabelecida nenhuma relação estatisticamente significativa entre religião e a necessidade de negociação do uso do preservativo para as três escolas nos dois momentos da entrevista, bem como na comparação entre eles.

Seguiu-se a isto a avaliação da atitude do adolescente sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso constante do preservativo masculino, bem como a sua possível associação estatística com as variáveis de idade e religião, como disposto nas tabelas a seguir.

**Tabela 15 – Atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso de camisinha no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Conversa com parceiro sobre o uso da camisinha				RR	IC 95%	Valor p
		Sim	Não					
A	Pré	31	47,0	35	53,0	1,03	0,72 - 1,48	1,000
	Pós	32	48,5	34	51,5			
B	Pré	30	46,2	35	53,8	1,03	0,72 - 1,49	1,000
	Pós	31	47,7	34	52,3			
C	Pré	27	34,6	51	65,4	1,59	1,11 - 2,29	<b>0,016</b>
	Pós	43	55,1	35	44,9			
Geral	Pré	88	42,1	121	57,9	1,42	1,15 - 1,74	0,095
	Pós	106	50,7	103	49,3			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação a probabilidade de conversar com o parceiro sexual a respeito do uso da camisinha, encontrou-se que o grupo que acessou o *site* educativo e participou da roda de conversa apresentou maior probabilidade de ter essa conversa após a intervenção, e esta probabilidade cresceu em 59%, e esta diferença se apresentou como estatisticamente significativa ( $p=0,016$ ).

Vale ressaltar que o aumento de probabilidade de aderir ao diálogo com o parceiro sobre a temática foi idêntica, porém irrisória, em ambas as estratégias educativas quando executadas de modo isolado, e esse aumento foi apenas de 3%, sem apresentar significância estatística.

Vale ressaltar que quando se analisam os adolescentes de modo geral, estes apresentaram 42% a mais de probabilidade de conversar com os parceiros sexuais sobre o uso

da camisinha após as intervenções educativas, independente de qual seja a estratégia educativa utilizada.

**Tabela 16 – Associação da idade sobre a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso de camisinha no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	35	16,4	1,12	<b>0,018</b>
Sim	31	17,1	1,00	
<b>Pós-teste</b>				
Não	34	16,4	1,10	<b>0,004</b>
Sim	32	17,1	0,98	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	59	16,6	1,10	<b>0,031</b>
Melhorou	7	17,6	0,79	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	35	15,5	1,20	0,282
Sim	30	15,8	1,35	
<b>Pós-teste</b>				
Não	34	15,4	1,24	0,250
Sim	31	15,8	1,30	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	59	15,6	1,29	0,918
Melhorou	6	15,7	1,21	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	51	16,5	1,10	0,328
Sim	27	16,8	1,42	
<b>Pós-teste</b>				
Não	35	16,5	1,04	0,448*
Sim	43	16,7	1,35	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	59	16,6	1,21	0,658
Melhorou	19	16,7	1,28	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Neste estudo, a idade possui associação estatística com o hábito de conversar com o parceiro sobre o uso da camisinha somente na Escola A, de modo que encontrou-se que uma

maior média de idade se refletiu em maior índice de diálogo entre os adolescentes e seus parceiros sexuais sobre este tema, apesar de estes representarem apenas uma pequena parte dos adolescentes. As outras escolas não apresentaram significância estatística na presente análise, antes ou após as estratégias educativas.

**Tabela 17 - Associação da religião sobre a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com o parceiro sexual sobre o uso de camisinha no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	15	13	0	7	0,951*
Sim	12	12	0	7	
<b>Pós-teste</b>					
Não	12	14	0	8	0,694*
Sim	15	11	0	6	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	24	22	0	13	1,000
Melhorou	3	3	0	1	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	20	11	2	2	0,628
Sim	21	8	0	1	
<b>Pós-teste</b>					
Não	18	11	2	3	0,118
Sim	23	8	0	0	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	37	17	2	3	1,000
Melhorou	4	2	0	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	24	15	1	11	0,423
Sim	17	6	1	3	
<b>Pós-teste</b>					
Não	15	12	1	7	0,431
Sim	26	9	1	7	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	30	18	2	9	0,446
Melhorou	11	3	0	5	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

A religião não apresentou associação estatisticamente significativa com o hábito de conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo nas três escolas onde o estudo foi realizado, tanto antes da estratégia educativa como após as mesmas, e ainda com relação a comparação entre estes momentos.

Seguiu-se com a análise da variável que se refere a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversarem com os pais sobre sexualidade, como demonstrado na tabela a seguir.

**Tabela 18 – Atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Conversa com os pais sobre sexualidade				RR	IC 95%	Valor p
		Sim		Não				
A	Pré	29	43,9	37	56,1	1,28	0,89 - 1,84	0,6008
	Pós	33	50,0	33	50,0			
B	Pré	37	56,9	28	43,1	0,73	0,53 - 1,02	0,4821
	Pós	32	49,2	33	50,8			
C	Pré	30	38,5	48	61,5	1,06	0,71 - 1,56	1,000
	Pós	31	39,7	47	60,3			
Geral	Pré	96	42,1	113	57,9	1,00	0,81 - 1,23	1,000
	Pós	96	50,7	113	49,3			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação a probabilidade de os adolescentes entrevistados conversarem com os seus pais a respeito de sexualidade, não se obteve significância estatística em nenhum dos grupos estudados, mas esta aumentou em maior proporção na escola que recebeu a intervenção somente por meio do *site* educativo, e esta probabilidade aumentou em um índice de 28%.

O grupo de adolescentes que utilizou as duas estratégias educativas simultaneamente apresentou um discreto aumento de probabilidade na intenção de conversar com os pais sobre o assunto, sendo este aumento de 6%.

Entretanto o grupo que utilizou somente a roda de conversa como estratégia educativa diminuiu a probabilidade de conversar com os pais sobre o tema em questão com índice de 27%.

Quando avaliados em conjunto sobre este quesito, os adolescentes que participaram dos três grupos educativos não apresentaram mudanças na probabilidade de conversar com seus pais sobre sexualidade.

**Tabela 19 – Associação entre a idade e a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	37	16,7	1,12	0,984
Sim	29	16,7	1,10	
<b>Pós-teste</b>				
Não	33	16,6	1,14	0,376
Sim	33	16,8	1,06	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	58	16,7	1,12	0,951
Melhorou	8	16,8	1,04	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	37	15,6	1,44	0,962*
Sim	28	15,6	1,03	
<b>Pós-teste</b>				
Não	32	15,7	1,46	0,523
Sim	33	15,5	1,06	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	55	15,7	1,27	0,564
Melhorou	10	15,4	1,35	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	30	16,7	1,31	0,550
Sim	48	16,6	1,17	
<b>Pós-teste</b>				
Não	31	16,8	1,29	0,217
Sim	47	16,5	1,16	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	73	16,7	1,24	0,420
Melhorou	5	16,2	0,84	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Não houve significância estatística entre a idade e o hábito dos adolescentes de conversarem com seus pais sobre sexualidade nas três escolas onde o estudo se realizou, tanto antes das atividades educativas, como depois da mesma, e ainda quando se comparam os dados referentes aos dois momentos.

**Tabela 20 – Associação entre a religião e a atitude dos adolescentes sobre o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade no pré e pós-teste Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	16	13	0	8	0,948*
Sim	11	12	0	6	
<b>Pós-teste</b>					
Não	12	11	0	10	0,236*
Sim	15	14	0	4	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	21	23	0	14	0,101
Melhorou	6	2	0	0	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	23	12	0	2	0,471
Sim	18	7	2	1	
<b>Pós-teste</b>					
Não	17	13	0	2	0,078
Sim	24	6	2	1	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	31	19	2	3	0,078
Melhorou	10	0	0	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	15	10	0	5	0,665
Sim	26	11	2	9	
<b>Pós-teste</b>					
Não	15	11	0	5	0,512
Sim	26	10	2	9	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	38	20	2	13	1,000
Melhorou	3	1	0	1	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Não houve apresentação de significância estatística na associação da variável religião com o fato de os adolescentes conversarem com seus pais sobre sexualidade, tanto antes das atividades educativas, como após as mesmas, e ainda quando se realizou a comparação entre pré-teste e pós-teste dos adolescentes entrevistados. Este resultado foi válido para todas as escolas onde se realizou o estudo.

Segue-se a isto a avaliação do reconhecimento dos adolescentes com relação a camisinha como método eficaz para prevenir as DST/HIV, como está demonstrado na tabela a seguir.

**Tabela 21 – Atitude dos adolescentes sobre a importância de reconhecer a camisinha para prevenir DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Camisinha como métodos para prevenir DST/HIV				RR	IC 95%	Valor p
		Sim		Não				
A	Pré	44	67,7	21	32,3	0,92	0,71 - 1,18	0,628
	Pós	41	62,1	25	37,9			
B	Pré	41	63,1	24	36,9	1,34	1,08 - 1,66	<b>0,009</b>
	Pós	55	84,6	10	15,4			
C	Pré	52	66,7	26	33,3	1,13	0,92 - 1,38	0,312
	Pós	58	75,3	19	24,7			
Geral	Pré	137	65,9	71	34,1	1,48	1,3 - 1,68	0,087
	Pós	154	74,0	54	26,0			

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao avaliar como os grupos se comportaram com relação ao reconhecimento da camisinha como método de prevenção para DST/HIV, identificou-se que o grupo de adolescentes que recebeu somente a estratégia de roda conversa apresentou o maior aumento de probabilidade de fazer este reconhecimento em 34%, e isto apresentou significância estatística ( $p=0,009$ ).

O grupo que recebeu as duas estratégias educativas aumentou esta probabilidade em 13%, e o grupo que recebeu somente o *site* educativo apresentou diminuição desta possibilidade em 8%, destacando-se que em ambas as situações não se apresentou significância estatística.

Seguiu-se a isto a associação da referida variável com as variáveis idade e religião, como mostram as tabelas a seguir.

**Tabela 22 – Associação entre a idade e a atitude dos adolescentes sobre a importância de reconhecer a camisinha para prevenir DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Errou	23	16,8	1,19	0,598
Acertou	43	16,7	1,06	
<b>Pós-teste</b>				
Errou	25	16,8	1,19	0,679
Acertou	41	16,7	1,06	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	59	16,8	1,12	0,453
Melhorou	7	16,4	0,98	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Errou	21	15,4	1,16	0,308
Acertou	44	15,7	1,32	
<b>Pós-teste</b>				
Errou	10	16,1	1,45	0,192
Acertou	55	15,5	1,23	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	50	15,8	1,32	0,094
Melhorou	15	15,1	0,99	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Errou	27	16,3	1,03	0,073
Acertou	50	16,8	1,29	
<b>Pós-teste</b>				
Errou	19	16,4	0,96	0,311*
Acertou	58	16,7	1,30	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	63	16,7	1,23	0,559
Melhorou	13	16,5	1,27	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Não se encontrou significância estatística entre a idade e a percepção dos adolescentes de que o uso da camisinha em todas as relações sexuais é importante para prevenir DST/HIV nas três escolas e tanto antes como após as atividades educativas, e na comparação entre ambos os momentos.



**Tabela 23 – Associação entre a religião e a atitude dos adolescentes sobre a importância de reconhecer a camisinha para prevenir DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Errou	11	7	0	5	0,634
Acertou	16	18	0	9	
<b>Pós-teste</b>					
Errou	12	8	0	5	0,682*
Acertou	15	17	0	9	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	25	22	0	12	0,682
Melhorou	2	3	0	2	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Errou	13	7	1	0	0,684
Acertou	28	12	1	3	
<b>Pós-teste</b>					
Errou	5	5	0	0	0,552
Acertou	36	14	2	3	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	30	16	1	3	0,408
Melhorou	11	3	1	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Errou	14	8	2	3	0,184
Acertou	27	12	0	11	
<b>Pós-teste</b>					
Errou	12	4	1	2	0,628
Acertou	28	17	1	12	
Sem informação	1	0	0	0	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	35	15	1	12	0,471
Melhorou	5	5	1	2	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

A presente tabela denota que a variável religião não possui relação estatisticamente significativa sobre a atitude dos adolescentes a respeito da importância de reconhecer o papel da camisinha no que se refere a prevenção de DST/HIV nas três escolas estudadas, e tanto antes da atividade educativa, como depois da mesma, e ainda quando se comparam os resultados entre os dois momentos.

Além de avaliar se os adolescentes reconhecem a importância de utilizar a camisinha para prevenir a ocorrência de DST/HIV, é importante avaliar se a população estudada deseja utilizar o referido preservativo em suas relações sexuais na intenção de se prevenir de doenças, como mostra a tabela a seguir.

**Tabela 24 – Atitude dos adolescentes sobre o desejo de utilizar camisinha como método de prevenção de DST/HIV no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Pretende usar camisinha para prevenir DST/HIV				RR	IC 95%	Valor p
		Sim		Não				
A	Pré	35	54,7	29	45,3	1,02	0,74 - 1,39	1,000
	Pós	35	55,6	28	44,4			
B	Pré	36	55,4	29	44,6	1,25	0,95 - 1,64	0,148
	Pós	45	69,2	20	30,8			
C	Pré	52	67,5	25	32,5	1,01	0,82 - 1,26	1,000
	Pós	52	68,4	24	31,6			
Geral	Pré	123	59,7	83	40,3	1,24	1,06 - 1,44	0,347
	Pós	132	64,7	72	35,3			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à intenção dos adolescentes de utilizarem a camisinha objetivando se prevenirem de DST/HIV, o grupo que participou somente da roda de conversa apresentou 25% mais probabilidade de se prevenirem com o preservativo após a intervenção educativa, porém sem significância estatística.

Os grupos que receberam como tecnologias educativas somente o *site* educativo e grupo que recebeu o *site* educativo e a roda de conversa de forma combinada apresentaram um aumento muito discreto de probabilidade de pretender utilizar o preservativo após as referidas atividades, respectivamente 2% e 1%, também sendo não estatisticamente significantes.

Ao serem analisados de modo geral, os adolescentes que participaram deste estudo apresentaram um índice de 24% de aumento de probabilidade de quererem usar o preservativo em todas as relações sexuais, entretanto, sendo também não estatisticamente significantes.

Faz-se necessário ainda conhecer a atitude dos adolescentes sobre a importância de buscar o serviço de saúde no intuito de promover a sua saúde sexual e reprodutiva dos mesmos, como disposto na tabela a seguir.

**Tabela 25 – Atitude dos adolescentes sobre a importância de buscar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Acha importante buscar o serviço de saúde				RR	IC 95%	Valor p
		Sim		Não				
A	Pré	66	100,0	0	0,0	0,89	0,82 - 0,97	<b>0,020</b>
	Pós	59	89,4	7	10,6			
B	Pré	59	90,8	6	9,2	1,03	0,94 - 1,14	0,742
	Pós	61	93,8	4	6,2			
C	Pré	75	96,2	3	3,8	0,95	0,87 - 1,03	0,316
	Pós	70	90,9	7	9,1			
Geral	Pré	200	95,7	9	4,3	0,48	0,45 - 0,5	0,109
	Pós	190	91,3	18	8,7			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação a opinião dos adolescentes sobre a importância de buscar o serviço de saúde para cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva, a única estratégia educativa que aumentou a opinião positiva dos adolescentes foi a educação em saúde por meio da roda de conversa quando utilizada isoladamente, contudo este aumento foi muito discreto, com um índice de apenas 3% de aumento nesta probabilidade, sem contudo apresentar significância estatística.

Entretanto, entre o grupo que participou somente do *site* educativo, a probabilidade de achar importante procurar o serviço de saúde diminuiu 11%, e isto foi estatisticamente significativo. Isto aconteceu porque no pré-teste todos os alunos relataram esta importância e no pós-teste 07 alunos passaram a não considerá-la no momento da realização do pós-teste.

Com relação ao grupo de adolescentes que recebeu ambas as estratégias educativas, o mesmo sofreu uma pequena redução na probabilidade de os adolescentes acharem importante buscar o serviço de saúde, e esta redução foi de 5%, sem significância estatística.

Vale ressaltar ainda quem quando se analisou os adolescentes das três escolas em conjunto, esta apresentou uma diminuição de 52% na probabilidade de achar importante buscar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva deste grupo, causada pelo aumento de 09 para 18 adolescentes que não concordam com isto, sem apresentar significância estatística.

**Tabela 26 – Associação entre a idade e a percepção da importância de procurar o serviço de saúde visando a saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	0 <sup>b</sup>			
Sim	66	16,7	1,10	
<b>Pós-teste</b>				
Não	7	16,1	0,90	0,139
Sim	59	16,8	1,11	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	66	16,7	1,10	-
Melhorou	0 <sup>b</sup>			
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	6	15,2	0,75	0,368
Sim	59	15,7	1,31	
<b>Pós-teste</b>				
Não	4	14,5	0,58	0,070
Sim	61	15,7	1,27	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	61	15,6	1,31	0,853
Melhorou	4	15,5	0,58	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	3	16,7	0,58	0,956
Sim	75	16,6	1,24	
<b>Pós-teste</b>				
Não	7	16,7	0,49	0,696*
Sim	71	16,6	1,27	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	77	16,6	1,22	0,607
Melhorou	1	16,0		

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a idade dos adolescentes participantes do estudo e a atitude dos adolescentes sobre a importância de os adolescentes procurarem o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva,

dos adolescentes participantes dos três grupos e em ambos os momentos da pesquisa, e na comparação entre eles.

**Tabela 27 – Influência da religião sobre a percepção do adolescente de considerar importante procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	0	0	0	0	1,000
Sim	27	25	0	14	
<b>Pós-teste</b>					
Não	0	1	0	2	0,286
Não sei	2	2	0	0	
Sim	25	22	0	12	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	27	25	0	14	1,000
Melhorou	0	0	0	0	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	1	0	1	0	0,230
Não sei	3	1	0	0	
Sim	37	18	1	3	
<b>Pós-teste</b>					
Não	0	0	1	0	0,074
Não sei	3	0	0	0	
Sim	38	19	1	3	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	38	18	2	3	1,000
Melhorou	3	1	0	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	1	0	0	1	0,709
Não sei	1	0	0	0	
Sim	39	21	2	13	
<b>Pós-teste</b>					
Não	1	0	0	0	0,515
Não sei	5	0	0	1	
Sim	35	21	2	13	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	41	21	2	13	0,205
Melhorou	0	0	0	1	

Fonte: Elaborado pela autora.

Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a religião e a atitude dos três grupos de adolescentes de achar importante procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Tão importante quanto saber se os adolescentes acham importante procurar o serviço de saúde, é analisar se os mesmos costumam se encaminhar a unidade de saúde buscando a promoção da saúde sexual e reprodutiva, de modo que isto está disposto na tabela a seguir.

**Tabela 28 – Comportamento dos adolescentes no sentido de procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Procura o serviço de saúde		RR	IC 95%	Valor p		
		Sim	Não					
A	Pré	23	34,8	43	65,2	0,74	0,44 - 1,25	0,344
	Pós	17	25,8	49	74,2			
B	Pré	23	35,4	42	64,6	0,78	0,47 - 1,31	0,450
	Pós	18	27,7	47	72,3			
C	Pré	21	26,9	57	73,1	1,14	0,7 - 1,87	0,724
	Pós	24	30,8	54	69,2			
Geral	Pré	67	32,1	142	67,9	0,83	0,62 - 1,12	0,456
	Pós	59	28,2	150	71,8			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao ato de procurar o serviço de saúde, o grupo que recebeu a intervenção composta por *site* educativo e roda de conversa combinadamente apresentou maior probabilidade em 14% de procurar o serviço de saúde para cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva, contudo sem significância estatística. Vale ressaltar que este grupo de adolescentes foi o único a proporcionar o aumento da procura pelo serviço de saúde entre os adolescentes.

Os outros grupos, que receberam somente *site* educativo, ou somente roda de conversa e os adolescentes em geral apresentaram diminuição da probabilidade de procurar o serviço de saúde para serem orientados para o autocuidado neste âmbito de suas vidas, também não estatisticamente significativa, de modo que estas reduções foram respectivamente de 26%, 22% e 17%. Nestas ocasiões, houve um maior número de adolescentes que não procura o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva após a realização das atividades educativas.

**Tabela 29 - Influência da idade sobre o ato de procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	43	16,6	1,09	0,220
Sim	23	17,0	1,11	
<b>Pós-teste</b>				
Não	49	16,6	1,04	0,090
Sim	17	17,1	1,22	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	62	16,7	1,06	0,966
Melhorou	4	16,8	1,89	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	42	15,5	1,29	0,236
Sim	23	15,9	1,22	
<b>Pós-teste</b>				
Não	47	15,7	1,29	0,654
Sim	18	15,5	1,25	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	60	15,7	1,28	0,137
Melhorou	5	14,8	0,84	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não	57	16,7	1,29	0,649
Sim	21	16,5	1,03	
<b>Pós-teste</b>				
Não	54	16,6	1,22	0,830
Sim	24	16,6	1,25	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	66	16,6	1,19	0,709
Melhorou	12	16,8	1,42	

Fonte: Elaborado pela autora.

Não foi encontrada significância estatística entre a idade dos adolescentes e o ato de eles procurarem o serviço de saúde no intuito de promover a saúde sexual e reprodutiva dos mesmos, e isso foi comum entre os grupos das três escolas e quando se comparou as respostas dos adolescentes antes da atividade educativa, após a mesma e na comparação entre os dois referidos momentos.

**Tabela 30 - Influência da religião sobre o ato de o adolescente procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	19	14	0	10	0,534
Sim	8	11	0	4	
<b>Pós-teste</b>					
Não	18	18	0	13	0,169
Sim	9	7	0	1	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	23	25	0	14	0,070
Melhorou	4	0	0	0	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	26	13	2	1	0,532
Sim	15	6	0	2	
<b>Pós-teste</b>					
Não	28	15	2	2	0,806
Sim	13	4	0	1	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	37	18	2	3	0,779*
Melhorou	4	1	0	0	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	29	15	1	12	0,539
Sim	12	6	1	2	
<b>Pós-teste</b>					
Não	27	15	1	11	0,702
Sim	14	6	1	3	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	36	17	2	11	0,665
Melhorou	5	4	0	3	

Fonte: Elaborado pela autora.

(\*) Igualdade de variâncias não assumidas. Homogeneidade de variâncias verificada pelo teste de Levene.

Semelhantemente, também não foi encontrada relação estatística entre a religião e o ato de o adolescente procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva entre os três grupos de adolescentes estudados.



**Tabela 31 – Atitude dos adolescentes sobre o desejo de realizar o teste rápido para a detecção do HIV no pré e pós-teste, Fortaleza- 2014.**

Grupos		Deseja realizar o teste rápido para HIV				RR	IC 95%	Valor p
		Sim		Não				
A	Pré	27	40,9	39	59,1	1,22	0,84 - 1,78	0,382
	Pós	33	50,0	33	50,0			
B	Pré	30	46,2	35	53,8	1,13	0,8 - 1,61	0,599
	Pós	34	52,3	31	47,7			
C	Pré	28	35,9	50	64,1	1,04	0,68 - 1,57	1,000
	Pós	29	37,2	49	62,8			
Geral	Pré	85	40,7	124	59,3	1,24	0,99 - 1,54	0,324
	Pós	96	45,9	113	54,1			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao desejo dos adolescentes de realizar o teste rápido para HIV, a probabilidade de aumentar esta intenção aumentou principalmente entre os adolescentes que receberam como tecnologias educativas somente o *site* educativo (aumento de 22%) e somente a roda de conversa (aumento de 13%). Não houve significância estatística nesses resultados.

Entre o grupo de adolescentes que recebeu ambas as estratégias educativas propostas neste estudo, houve um aumento nesta probabilidade, contudo, este aumento foi bastante discreto (apenas 4% de aumento). Não houve significância estatística nesses resultados.

Com relação aos adolescentes dos três grupos educativos, quando analisados conjuntamente, os mesmos apresentaram um índice de 24% de aumento na probabilidade de ter o desejo de realizar o teste rápido para detecção do HIV, igualmente sem significância estatística.

Destaca-se ainda que em todas as situações dispostas nesta tabela, aumentou o número de adolescentes que deseja realizar o teste rápido para a detecção do HIV, de modo que as atividades educativas foram importantes para aumentar a atitude dos adolescentes quanto ao interesse em detectar a doença.

**Tabela 32 - Influência da idade sobre o desejo de realizar o teste rápido para HIV entre adolescentes, Fortaleza, 2014.**

	N	Média	Desvio Padrão	Teste t
<b>ESCOLA A</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não/ Não sei	39	16,5	1,05	<b>0,032</b>
Sim	27	17,1	1,11	
<b>Pós-teste</b>				
Não/ Não sei	33	16,5	1,03	0,183
Sim	33	16,9	1,16	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	53	16,7	1,12	0,880
Melhorou	13	16,8	1,09	
<b>ESCOLA B</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não/ Não sei	35	15,7	1,21	0,634
Sim	30	15,5	1,36	
<b>Pós-teste</b>				
Não/ Não sei	31	15,7	1,14	0,710
Sim	34	15,6	1,40	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	55	15,6	1,26	0,621
Melhorou	10	15,8	1,40	
<b>ESCOLA C</b>				
<b>Pré-teste</b>				
Não/ Não sei	50	16,7	1,24	0,760
Sim	28	16,6	1,20	
<b>Pós-teste</b>				
Não/ Não sei	49	16,7	1,22	0,319
Sim	29	16,4	1,21	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>				
Não melhorou	66	16,7	1,25	0,155
Melhorou	12	16,2	0,94	

Fonte: Elaborado pela autora.

Encontrou-se que a associação entre a idade dos adolescentes e a sua intenção em realizar o teste rápido para HIV apenas para a escola que recebeu somente o site educativo e apenas na ocasião antes da estratégia educativa proposta.

Nas outras escolas e nas outras ocasiões não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre as variáveis supracitadas, e ainda na comparação entre os momentos antes e depois das estratégias educativas propostas.

**Tabela 33 - Influência da religião sobre a intenção do adolescente de realizar o teste rápido para HIV, Fortaleza, 2014.**

	Católica	Evangélica	Outros	Sem religião	Valor P
<b>ESCOLA A</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	8	7	0	6	0,886
Não sei	7	8	0	3	
Sim	12	10	0	5	
<b>Pós-teste</b>					
Não	5	4	0	6	0,339
Não sei	7	9	0	2	
Sim	15	12	0	6	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	20	21	0	12	0,668
Melhorou	7	4	0	2	
<b>ESCOLA B</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	10	6	1	1	0,798
Não sei	10	5	1	1	
Sim	21	8	0	1	
<b>Pós-teste</b>					
Não	12	5	0	1	0,374
Não sei	7	4	2	0	
Sim	22	10	0	2	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	37	14	2	2	0,193
Melhorou	4	5	0	1	
<b>ESCOLA C</b>					
<b>Pré-teste</b>					
Não	14	7	0	3	0,546
Não sei	10	9	1	6	
Sim	17	5	1	5	
<b>Pós-teste</b>					
Não	11	7	0	3	0,649
Não sei	17	7	1	3	
Sim	13	7	1	8	
<b>Comparação entre pré e pós-teste</b>					
Não melhorou	36	18	2	10	0,517
Melhorou	5	3	0	4	

Fonte: Elaborado pela autora.

Não se encontrou relação estatisticamente significativa entre a religião e a atitude dos adolescentes em realizar o teste rápido para a detecção do HIV, nas três escolas estudadas e nos momentos antes e após a atividade educativa, e na comparação entre ambos.

Diante dos resultados deste estudo, foi construído um quadro síntese para avaliar o conhecimento e atitude dos adolescentes antes e após a participação dos mesmos nos três grupos em estratégias educativas, com as tecnologias educativas sendo utilizadas de modo isolado e combinado como demonstrado na figura a seguir.

**Figura 4 – Quadro síntese dos resultados apresentados pelos adolescentes mediante a comparação dos resultados de pré e pós-teste, Fortaleza, 2014.**

Escola A – somente site educativo	Escola C – site educativo e roda de conversa	Escola B – somente roda de conversa
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumento de 22% de probabilidade de querer realizar o teste rápido para HIV;</li> <li>➤ Aumento de 2% na probabilidade de querer utilizar a camisinha;</li> <li>➤ <b>Aumento de 28% na probabilidade de conversar com os pais sobre sexualidade;</b></li> <li>➤ Aumento de 3% na probabilidade de conversar com o parceiro sobre o uso da camisinha;</li> <li>➤ Aumento de 6% na probabilidade de achar importante negociar o uso da camisinha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumento de 4% de probabilidade de querer realizar o teste rápido para HIV;</li> <li>➤ Aumento de 14% na probabilidade de procurar o serviço de saúde para cuidar da saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>➤ Aumento de 1% na probabilidade de querer utilizar a camisinha;</li> <li>➤ Aumento de 13% de probabilidade de reconhecer a camisinha como método de prevenção de DST/HIV;</li> <li>➤ Aumento de 6% na probabilidade de conversar com os pais sobre sexualidade;</li> <li>➤ <b>Aumento de 59% na probabilidade de conversar com o parceiro sobre o uso da camisinha;</b></li> <li>➤ Aumento de 18% na probabilidade de aumentar o conhecimento sobre HIV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumento de 13% de probabilidade de querer realizar o teste rápido para HIV;</li> <li>➤ Aumento de 3% na probabilidade de achar importante buscar o serviço de saúde para tratar da saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>➤ Aumento de 25% na probabilidade de querer utilizar a camisinha;</li> <li>➤ Aumento de 34% de probabilidade de reconhecer a camisinha como método de prevenção de DST/HIV;</li> <li>➤ Aumento de 3% na probabilidade de conversar com o parceiro sobre o uso da camisinha;</li> <li>➤ Aumento de 18% na probabilidade de achar importante negociar o uso da camisinha;</li> <li>➤ <b>Aumento de 67% na probabilidade de aumentar o conhecimento sobre HIV.</b></li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com base na figura acima, denotou-se que os adolescentes apresentaram melhorias no conhecimento e na atitude sobre prevenção de DST/HIV, em número semelhante de quesitos, porém os índices de melhorias foram bastante distintos, de modo que o grupo que recebeu somente a roda de conversa como estratégia educativa apresentou os índices mais expressivos nesta melhoria.

O grupo que recebeu apenas o *site* educativo apresentou os menores índices e em menor número de quesitos de melhorias de conhecimento e atitude na prevenção de DST/HIV, e por fim, o grupo que recebeu ambas as estratégias educativas apresentou índices intermediários de melhoria de conhecimento e prática na prevenção de DST/HIV.

Especificamente, o grupo que recebeu somente o *site* educativo apresentou melhores resultados após a intervenção educativa, apenas para os quesitos conversa com os pais sobre sexualidade e o desejo de realizar o teste rápido.

O grupo que recebeu o *site* educativo e a roda de conversa apresentou melhores resultados somente para os quesitos conversa com o parceiro sobre o uso da camisinha e sobre a atitude de procurar o serviço de saúde.

O grupo que recebeu somente a roda de conversa se destacou apresentando melhores resultados para os quesitos conhecimento sobre DST/HIV, negociação do uso de camisinha, atitude de reconhecer a camisinha como método para prevenir DST/HIV, intenção de usar camisinha para prevenir DST/HIV e o ato de achar importante buscar o serviço de saúde. Isto mostra a importância dos recursos humanos na educação em saúde, ou seja, a presença do educador se mostrou neste estudo como insubstituível.

Deste modo, encontrou-se que a estratégia educativa com piores resultados foi a utilização isolada da tecnologia dura, ou seja, o grupo que utilizou somente o *site* educativo. Melhor do que utilizar somente uma tecnologia dura, é utilizá-la combinada a uma tecnologia leve. E para que se encontrem os melhores resultados, faz-se necessária a utilização da roda de conversa para a prevenção de DST/HIV.

## 7 DISCUSSÕES

A média de idade deste estudo foi de 16,34 anos, semelhantemente a um outro estudo realizado em Fortaleza, Ceará, onde a média de idade dos adolescentes foi de 16,57 anos nas escolas públicas e 16,15 anos nas escolas particulares, com desvio padrão de 1,16 anos (GUBERT *et al.* 2013). Os dados concordam também com um estudo realizado com 304 alunos de uma escola pública de Cascavel, Paraná, no qual a média de idade foi de 16,8 anos (CRISTOVAM *et al.*, 2013). Assim, constata-se que estudos realizados em escolas, com participação de alunos do ensino médio, podem apresentar média de idade semelhante a encontrada neste estudo.

As idades encontradas neste estudo estão relacionadas ao fato de o mesmo ter sido realizado com alunos de ensino médio no Brasil, onde o acesso ao ensino fundamental e médio melhorou nos últimos anos, como mostra uma pesquisa que revelou que em 2004 8,9% da população entre 5 e 17 anos estavam sem estudar, e em 2008 estes índices diminuíram para 2,5% da população entre 6 e 14 anos, contudo com 30 milhões de analfabetos funcionais acima de 15 anos (BRASIL, 2010b). Este estudo mostrou que a população a partir de 18 anos tinha 7,4 anos de estudo em média, idade em que seria possível ter pelo menos 11 anos de estudo, deixando claro o atraso escolar dos alunos do ensino fundamental e médio no Brasil em comparação com a sua idade.

Este resultado mostra o quanto as idades dos adolescentes de ensino médio no Brasil são diversificadas, de modo que convivem alunos regulares com alunos chamados de fora de faixa etária, evidenciando a distorção idade-série que está presente nas escolas brasileiras, e isto está agravado pelo fato de que foram encontrados nas escolas alunos maiores de 19 anos, tendo sido excluídos do presente estudo.

Estes dados mostram que a educação de qualidade não tem sido alcançada pelas crianças e adolescentes de um modo geral no Brasil, o que poderá implicar na compreensão das informações sobre autocuidado recebidas, bem como a adesão a comportamentos saudáveis nas várias áreas das suas vidas.

Com relação ao sexo dos participantes, uma discreta maioria de mulheres foi encontrada neste estudo, semelhante ao estudo de Cristovam *et al.* (2013) que entrevistou 304 alunos de escola pública de Cascavel, Paraná, e entre estes 53,6% eram mulheres.

Este resultado também reflete a proporção entre os sexos na população brasileira em geral, já que na zona rural existe uma leve prevalência de jovens de 15 a 17 anos do sexo masculino (52,9%), e na zona urbana esta prevalência é de mulheres (50,47%) (BRASIL, 2010b), local este em que o presente estudo foi realizado.

Isto traz a reflexão o fato de que as atividades educativas relacionadas a sexualidade no Brasil devem abordar as necessidades e peculiaridades entre os gêneros, para que meninos e meninas possam se identificar com as informações compartilhadas e assim serem sensibilizados com relação ao autocuidado na saúde sexual e reprodutiva podendo se prevenir de DST/HIV e gravidez não planejada.

A baixa renda familiar encontrada no presente estudo concorda com os dados encontrados no estudo realizado por Gubert *et al.* (2013), quando as adolescentes entrevistadas nas escolas públicas de Fortaleza, Ceará, possuíam renda familiar média de até 2 salários mínimos.

Reis e Santos (2011) afirmam que a renda familiar influencia no comportamento da fecundidade, de modo que no Brasil as mulheres jovens mais pobres se destacam por apresentar maiores taxas de fecundidade. Isto foi confirmado por um estudo realizado com 25 adolescentes que estiveram grávidas no município de Divinópolis, Minas Gerais, e encontrou baixa renda familiar e per capita entre as garotas entrevistadas, além de baixo número de consultas no pré-natal e baixa escolaridade; os autores reconhecem que esses fatores poderão expor a saúde das adolescentes e dos seus filhos a riscos de doença e morte (PINTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Os resultados do presente estudo também são semelhantes aos dados encontrados por Cristovam *et al.* (2013), que entrevistaram 304 alunos de escolas públicas de Cascavel-PR, e encontraram que 63,5% dos adolescentes eram católicos e 25,3% eram evangélicos, totalizando quase 90% dos participantes do estudo.

O predomínio de católicos e evangélicos no presente estudo corrobora com as estatísticas relacionadas a religião da população brasileira, quando a religião católica predominou na população em geral, apesar de os evangélicos relatarem participar com mais frequência de atividades religiosas; encontrou-se ainda que a proporção de mulheres católicas diminuiu de 78% em 1996 para 65% em 2006, enquanto a população evangélica aumentou de 14 para 22% da população, sendo estas as principais religiões encontradas no Brasil (BRASIL, 2009b).

Os católicos e evangélicos deste estudo somaram quase 90% dos participantes do estudo, enquanto que os adolescentes que não iniciaram vida sexual são pouco mais da metade da população. Como os adolescentes casados são minoria, infere-se que existem muitos adolescentes cristãos que tem vida sexual ativa, apesar dos valores relacionados a castidade característicos da sua religião.

A influência religiosa no comportamento sexual se dá a partir do estímulo a comportamentos de prevenção, incluindo a castidade para os solteiros e a fidelidade conjugal para os casados (FERREIRA *et al.*, 2013), sendo estes comportamentos ensinados e estimulados pelas religiões cristãs, como é o caso da maioria dos indivíduos entrevistados.

Com base em pesquisa de base populacional brasileira, foi encontrada em estudo anterior uma associação estatisticamente significativa entre religiões cristãs, especialmente as evangélicas pentecostais, e o adiamento das relações sexuais, inclusive valorizando a prática exclusiva do sexo conjugal, o que se reflete em uma diminuição dos comportamentos sexuais de risco entre esta população (VERONA; REGNERUS, 2014). Os autores sugerem que as igrejas tem exercido importante papel na promoção da saúde sexual e reprodutiva de seus membros, substituindo inclusive a participação da família e das escolas neste papel.

Dentre os participantes deste estudo, denota-se que quase a metade deles já iniciou vida sexual, dados que são inferiores aos dados encontrados em outros estudos realizados com o público adolescente, como o estudo de Cristovam *et al.* (2013), realizado em Cascavel, Paraná, em que 75,6% dos jovens de 14 a 21 anos já haviam iniciado vida sexual. Os dados são inferiores também ao estudo realizado no município de Cotorro, em Havana, Cuba, encontrou que dos 1292 adolescentes de ambos os sexos entrevistados, 70,9% haviam iniciado vida sexual (CURBELO *et al.*, 2008).

Contudo, os dados foram superiores aos dados encontrados por Bretas *et al.* (2011), no qual 39% dos meninos e 17% das meninas de 12 a 19 anos entrevistadas em Embu, São Paulo, já haviam iniciado atividade sexual. Os dados do presente estudo também foram superiores aos dados encontrados em um estudo realizado no município de Silva Jardim, no Rio de Janeiro, com 200 adolescentes, que encontrou que 26,8% (IC95% 19,5-35,5) das meninas e 38,4% (IC 95% 27,4-50,5) dos meninos tinham experiência sexual (VONK; BONAN; SILVA, 2013). Um estudo realizado na Índia também encontrou dados inferiores aos deste estudo, revelando que 30,25% dos garotos e 17,03% das garotas já haviam iniciado atividade sexual (KUMAR *et al.*, 2013).



Isto revela que não existe uma regra geral ou um consenso na literatura a respeito da idade de iniciação sexual de adolescentes no Brasil e no mundo, de modo que toda e qualquer pesquisa sobre sexualidade deverá investigar esta informação em sua população, para assim sugerir inferências pertinentes.

Isto revela que as atividades educativas para a prevenção de DST/HIV para adolescentes devem atingir dois grupos: um grupo que já iniciou vida sexual, que pode ou não ter sido orientado para o autocuidado em saúde sexual e reprodutiva, denotando a presença de fatores de risco para gravidez não planejada e DST/HIV, acarretando a necessidade de desconstrução de um comportamento sexual de risco para a construção de uma vida sexual saudável; e um grupo que ainda não iniciou vida sexual, e que deve ser orientado para fazer isto do modo mais saudável possível, tendo sempre o cuidado de não exercer alguma espécie de pressão social para a iniciação sexual precoce entre os indivíduos que não o desejam naquele momento.

Dentre os adolescentes entrevistados neste estudo que iniciaram vida sexual, estes o fizeram em média com 14,4 anos, o que significa que está inferior a média nacional divulgada, que é de 15 anos de idade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011) e a média encontrada em alguns estudos. O estudo de Cristovam et al. (2013) encontrou média de 15,1 anos para iniciar vida sexual para os adolescentes entrevistados em Cascavel, Paraná. Cirino, Nichiata e Borges (2010) identificaram que 64,9% das 134 garotas entrevistadas em São Paulo tiveram sua primeira relação em média aos 14,8 anos de idade. Um estudo realizado na Grã-Bretanha mostrou que a média de idade de início de vida sexual foi de 16 anos para ambos os sexos para a população com menos de 25 anos, média inferior a média da população entre 65 e 74 anos, sobre os quais a média de idade de iniciação sexual foi de 19 anos para as mulheres e 18 para os homens (WELLINGS *et al.*, 2013).

Contudo, está superior a idade de 14 anos ou menos no momento da iniciação sexual de 91% dos garotos e 60% das garotas identificados no estudo de Bretas *et al.* (2011). Um estudo realizado com 13.699 adolescentes de escolas públicas da Colômbia revelou que os homens iniciam atividade sexual em média com 13 anos de idade, e as mulheres aos 14 anos, e destacou que um a cada três adolescentes que iniciaram vida sexual não planejaram este momento em suas vidas; o estudo ressaltou ainda que as garotas também tiveram menor

quantidade de relações sexuais e com menor número de parceiros sexuais no último ano (GONZÁLEZ, 2009).

Um estudo comparou os dados relacionados a aids no Brasil e na França, e encontrou maior vulnerabilidade em nosso país, devido ao início mais tardio da atividade sexual entre os franceses, o que acarreta uma maior escolaridade dos indivíduos no momento de sua iniciação sexual, aumentando a sua compreensão sobre os riscos e a necessidade de se proteger (TAQUETTE, 2013).

Destaca-se ainda que o grande número de notificações por HIV em pessoas de 25 a 29 anos pode se dever a contaminações ocorridas no período da adolescência, cujos parceiros também estiveram vulneráveis a infecção (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011), o que mostra a necessidade da realização intensiva e periódica de atividades educativas para prevenir a infecção por HIV entre adolescentes nos mais diversos cenários.

Metade dos adolescentes referiram parceiros sexuais casuais, denotando comportamento de exposição, e referiu que o último parceiro sexual que os adolescentes tiveram foi o namorado, o que pode significar que muitos adolescentes consideram o namorado como parceiro casual, revelando inconstância na frequência de relações sexuais, o que pode levar ao não planejamento da mesma e a falta de preparação para estas ocasiões. Isto poderá proporcionar a ocorrência de comportamentos sexuais de risco para os adolescentes e seus parceiros sexuais.

Fontanella e Gomes (2012) revelam em seu estudo que as parcerias sexuais casuais são caracterizadas por relações não planejadas, indicando a necessidade de o indivíduo portar permanentemente o preservativo, ou ele irá se expor em algum momento a uma relação desprotegida; os participantes do estudo relatam ainda que as relações sexuais com parceiros casuais não configuram o padrão desejado de interação sexual, mas faz parte do processo de busca por uma parceria sexual fixa. O estudo revela ainda que o preservativo é menos utilizado em parcerias sexuais fixas, e que quando é utilizado, os fins são anticonceptivos e não de prevenção de DST/HIV, pelo fato de a confiança entre o casal aumentar proporcionalmente ao tempo de duração da relação.

Estudo realizado com 2171 jovens espanhóis de 14 a 24 anos revelou que os mesmos conseguem identificar o risco decorrente de relações sexuais com parceiro casual, fato que justifica que os autores encontraram maiores níveis de uso sistemático do

preservativo quando ocorrem as relações sexuais com parceiro casual (GARRIDO; FERNÁNDEZ; PEDROLA, 2008).

Encontrou-se no presente estudo uma taxa de 6,1% de adolescentes que já engravidaram ou engravidaram suas parceiras. Sobre a gravidez na adolescência, um estudo realizado em Minas Gerais identificou um importante índice de reincidência de gravidez nos casos em que a primeira gestação ocorreu na adolescência; o estudo mostrou ainda que a gravidez nesta fase da vida pode implicar negativamente na escolaridade das gestantes, principalmente quando se trata da possibilidade de continuidade dos estudos, podendo ocasionar atraso ou até mesmo suspensão das atividades escolares (PINTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Um estudo realizado na Grã-Bretanha revelou uma forte associação entre a gravidez não planejada e o tabagismo, uso de drogas, depressão, baixo nível educacional, iniciação sexual precoce, alta frequência de relações sexuais recentes, e a presença de mais de um parceiro sexual no último ano (WELLINGS *et al.*, 2013).

Denota-se que as adolescentes que engravidaram sem planejamento estiveram expostas também a aquisição de uma DST/HIV, de modo que os métodos de prevenção devem ser incentivados em estratégias educativas para esta população, especialmente os preservativos masculino e feminino.

O presente estudo revelou que todas as estratégias educativas realizadas resultaram em aumento no conhecimento sobre HIV, contudo a utilização da tecnologia leve na forma de roda de conversa de modo isolado foi a mais eficaz, quando comparada com a utilização do *site* educativo isoladamente e da roda de conversa combinada ao *site* educativo. Mostrou-se ainda que a idade e a religião não estão relacionadas ao conhecimento apresentado pelos adolescentes sobre HIV.

O nível de conhecimento dos adolescentes sobre a prevenção de DST/HIV ainda preocupa muitos pesquisadores. Um estudo realizado com 11 adolescentes do sexo masculino em um assentamento agrário no Brasil identificou o desconhecimento dos mesmos sobre a prevenção destas doenças, e ressalta a importância da realização de estratégias educativas (ARRAES *et al.*, 2013).

Brum e Carrara (2012) afirmam que embora os jovens tenham apresentado cada vez melhor nível de conhecimento sobre as DST/HIV, ainda é alto o índice de não uso da camisinha, fazendo com que a prevalência de pessoas infectadas pelo vírus HIV nessa faixa

etária continue aumentando. Isto denota que embora há muitos anos existam campanhas de conscientização sobre o HIV, estas devem continuar acontecendo.

Pinto (2012) realizou círculos de cultura com jovens usuários de drogas sobre a prevenção de DST/HIV, e identificou que no início das estratégias educativas os jovens demonstraram conhecimento desarticulado sobre o tema com predominância de mitos acerca da prevenção destas doenças, contudo ao decorrer das atividades conseguiram apreender maiores conhecimentos, o que os impulsionou e os motivou a estarem conversando com outros jovens sobre o que aprenderam. Vale destacar a ocorrência de mudança de conhecimento e atitude com relação a prevenção de DST/HIV mediante a utilização de uma tecnologia leve, semelhantemente ao presente estudo.

Deve-se ressaltar que a aquisição de informações não é o suficiente para produzir mudanças comportamentais no sentido de prevenir DST/HIV entre adolescentes, devendo se levar em consideração a cultura desses indivíduos (BRUM; CARRARA, 2012). Desta forma, a aquisição de informações é apenas o ponto de partida para uma mudança comportamental, mas se faz necessária uma sensibilização constante sobre o tema.

O mesmo foi confirmado em outro estudo que afirma que somente informações não são suficientes para que os jovens tenham comportamento sexual seguro, uma vez que a gravidez não planejada e Aids continuam alastrando-se entre os adolescentes (PINTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2013), sendo necessário portanto que as estratégias educativas busquem sensibilizar os adolescentes para seguir as orientações que já receberam ou que recebam em atividades educativas posteriores.

Estudo realizado com 136 adolescentes de São Paulo ressaltou que as informações sobre sexualidade foram fornecidas aos adolescentes pela escola (46,1%), amigos ou parceiro (20,3%), médico (10,9%), televisão (10,2%), unidade de saúde (7,8%) e outros (4,7%); o estudo demonstrou a importância da escola para a promoção da saúde dos adolescentes, e frente a persistência dos comportamentos de risco entre os alunos, a escola deve incentivar ainda mais os comportamentos de prevenção de doenças, especialmente as DST/HIV (GARBIN *et al.*, 2010).

Estudo realizado com adolescentes residentes no distrito de Laikipia no Kenya, implementando um programa de educação em saúde para seis semanas, com 42 adolescentes fazendo parte do grupo intervenção e 20 adolescentes do grupo controle, os quais apresentaram em torno de 85% de conhecimento prévio sobre HIV, e o aumento de

conhecimento foi maior no grupo participante do programa educativo, com significância estatística (GAUGHRAN; ASGARY, 2014).

Desta forma, vê-se que mais do que compartilhar conhecimentos, faz-se necessário realizar estratégias que sensibilizem os adolescentes para a importância de implementar o cuidado relacionado a prevenção de DST/HIV, e os resultados do presente estudo sugere que a tecnologia leve, já que é baseada no diálogo franco e direto entre educadores e educandos, é mais capaz de compreender as situações de vida que interferem neste autocuidado, possibilitando a sensibilização necessária para a aquisição de comportamentos sexuais saudáveis.

Com relação a intenção de mudar o seu comportamento sexual frente a chance de adquirir uma DST/HIV, os adolescentes não apresentaram melhores probabilidades após as intervenções educativas. Uma parte do grupo de adolescentes possuía comportamento sexual que não apresentou risco de contrair DST/HIV, inclusive com mais da metade dos adolescentes não tendo iniciado vida sexual.

Contudo, muitos adolescentes não conseguem reconhecer o risco de serem contaminados por DST/HIV, revelando a presença da ideia que os adolescentes têm de que isso nunca aconteceria com eles. As variáveis idade e religião não apresentaram associação estatisticamente significativa com a atitude de quererem mudar de comportamento sexual frente a possibilidade de contrair uma DST/HIV.

Acredita-se que, mediante a participação nas atividades educativas, os adolescentes podem ter concluído que já possuíam práticas sexuais seguras, inclusive pelo fato de mais da metade deles não ter iniciado vida sexual e apresentarem conhecimentos prévios sobre temas relacionados a sexualidade.

Estes dados podem acarretar preocupação pelo fato de os adolescentes acharem que estão em uma posição confortável de isenção de riscos a saúde sexual e reprodutiva e, mesmo se expondo a comportamentos de risco, estes se achem inatingíveis pelas doenças e acabarem se expondo, revelando que as atividades educativas devem ser realizadas de maneira ininterrupta.

Pinto (2012) ressalta que as mudanças de comportamento para a prevenção de doenças ou promoção da saúde ocorrem mediante o desenvolvimento de uma visão crítica baseada no compartilhamento de conhecimento entre educadores e educandos em relação a formação de condutas, possibilitando o empoderamento e a autonomia dos sujeitos, visando

adotar hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida. Isto ganha importância ainda maior quando se trata da população adolescente.

É necessário salientar que a mudança de comportamento é fruto de um processo complexo, que envolve relações de gênero, classe social, idade, valores, dentre outros, exigindo uma continuidade de ações de saúde do serviço de saúde, da escola e da comunidade (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

Destaca-se ainda que a baixa adesão a um comportamento de saúde pode ser influenciada pela forma como as pessoas vivenciam o adoecimento e interage com outros saberes e poderes; constatou-se que os sujeitos de um estudo brasileiro reconhecem a importância das mudanças de estilos de vida, mas não conseguem implementá-las devido a barreiras sociais, culturais e subjetivas para incorporar novas ações em seu cotidiano (FAVORETO; CABRAL, 2009).

Assim, denota-se a importância de que as ações educativas sejam realizadas de modo sistemático junto a população adolescente, visando a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Como este estudo foi baseado em estratégias educativas pontuais, realizadas em uma única sessão educativa, isto pode ter comprometido a disposição dos adolescentes em mudar o seu comportamento em busca da saúde sexual e reprodutiva.

Quando perguntados sobre a importância da negociação sobre o uso do preservativo, o grupo que participou somente da roda de conversa como atividade educativa apresentou maiores probabilidades de realizar essa negociação com seus parceiros do que os outros grupos.

Brêtas *et al.* (2011) ressaltam em seu estudo as relações de poder existentes nos relacionamentos dos adolescentes, e destacam o fato de a garota muitas vezes ser a responsável pela contracepção, e muitas vezes não possuir condições para a negociação do uso da camisinha para fins anticonceptivos e de prevenção de doenças, mediante a possibilidade de desconfiança por parte do parceiro. Assim, constata-se que este é um ponto que deve ser largamente trabalhado nas estratégias educativas junto a adolescentes, visando a conquista da possibilidade de negociação do uso de preservativos em todas as relações sexuais, tanto quando a iniciativa da negociação partir do garoto ou da garota.

Estudo realizado com 234 adolescentes de Fortaleza, Ceará, mostrou que os garotos apresentam atitude mais inconsistente sobre o uso do preservativo que as garotas, por acreditar que o mesmo reduz o prazer sexual (57,2%), que o uso do preservativo pode gerar

desconfiança no parceiro (46,7%) e inibição sexual (40,2%); isto diminui ainda mais a capacidade de negociação das garotas junto aos seus parceiros (CHAVES *et al.*, 2014).

Isto também é confirmado em um estudo realizado com 1068 adolescentes de João Pessoa, Paraíba, que ressalta que muitas vezes a adolescente mesmo tendo maior conhecimento dos métodos preventivos e da importância do seu uso, muitas vezes ela não se sente à vontade para negociar seu uso, tornando-se vulnerável às DST/HIV, gravidez precoce e aborto (SALDANHA *et al.*, 2008).

Um estudo analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2009 relacionadas a 3.099 adolescentes de 73 escolas de Goiânia identificou que 75,9% dos adolescentes sexualmente ativos utilizaram o preservativo na última relação sexual e 70,1% sabem como conseguir preservativo; o estudo revelou ainda que 82,1% dos adolescentes receberam orientações sobre prevenção de gravidez na escola e 89,6% sobre a prevenção de DST/HIV (SASAZI *et al.*, 2014).

Estudo realizado em uma escola estadual de São Paulo com aproximadamente 166 alunos são do sexo masculino identificou que a camisinha masculina é conhecida por 155 (93,4%) dos adolescentes, e o seu uso foi considerado importante para 116 (69,8%); o conhecimento sobre a camisinha foi alcançado em 41,6 % por televisão e internet, 34,3% pelos pais, 27,7% com os professores na escola e 21,1% com os amigos (JARDIM; SANTOS, 2012).

Na Colômbia foi realizado um estudo com 13.699 adolescentes destacou que 71% dos entrevistados não tem certeza da proteção advinda do uso da camisinha, mas o seu uso foi o mais frequente entre adolescentes que planejaram relações sexuais; esse planejamento das relações sexuais foi mais frequente entre os homens do que entre as mulheres, inclusive com mais apoio por parte dos pais (GONZÁLEZ, 2009).

Estudo realizado com 62 adolescentes do distrito de Laikipia, no Kenya, sugeriu que a negociação do uso da camisinha é um importante assunto a ser tratado, já que as pressões culturais identificadas no estudo sugerem que o fato de a mulher solicitar o uso do preservativo pode significar para o seu parceiro uma razão para desconfiar de sua idoneidade (GAUGHRAN; ASGARY, 2014).

Vale destacar que, mesmo participando das estratégias educativas, muitos adolescentes não reconhecem a importância de insistir em utilizar o preservativo com o seu parceiro, podendo isso ser um fator de risco para a aquisição de DST/HIV. Denota-se ainda

que percepções sociais também interferem na utilização da camisinha, de modo que mais do que mudar o pensamento de um adolescente, é necessária a mudança de cultura social.

O diálogo sobre sexualidade e sobre métodos de prevenção de DST/HIV deve ser incentivado entre os adolescentes. No presente estudo investigou-se o diálogo entre os adolescentes e seus parceiros sexuais, bem como com seus pais sobre a temática, e verificou que os adolescentes que receberam ambas as estratégias educativas aumentaram suas chances de conversar com o seu parceiro e os adolescentes que acessaram somente o site educativo aumentaram suas chances de conversar com seus pais.

O fato de alguns adolescentes terem passado a conversar com seus parceiros sobre o uso da camisinha pode estar relacionado a vontade de compartilhar as informações aprendidas ou ainda indícios do desejo de adquirir um comportamento de autocuidado neste âmbito de suas vidas.

É importante também que os adolescentes participem das estratégias educativas junto aos seus parceiros, para que se possa melhorar as condições de negociação do uso do preservativo masculino entre os adolescentes, e destaca-se que a tecnologia leve também se mostrou mais eficaz para este quesito.

Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que o adolescente quando utiliza a tecnologia dura em educação em saúde pode apresentar o desejo de conversar com alguém sobre o que aprendeu, bem como esclarecer dúvidas, e por isso a procura pelos parceiros e pelos pais para conversar sobre o assunto foi maior em grupos que utilizaram o *site* educativo. No caso do grupo que participou de ambas as estratégias, o tempo para conversar pode não ter sido suficiente para expor todas as suas ideias e dúvidas e por isso os adolescentes podem ter procurado seus parceiros para conversar.

Existe a possibilidade de a roda de conversa proporcionar um melhor momento para tirar as dúvidas dos adolescentes do que a tecnologia dura, e por isso os mesmos podem não ter sentido vontade de conversar com seus pais sobre o assunto.

Entretanto, apesar do bom uso da tecnologia leve para a educação em saúde com os adolescentes, a intenção da mesma não é substituir a comunicação com os pais sobre o tema, de modo que isso deve ser ressaltado nas atividades educativas propostas para esta população.

Estudo realizado em Bauru, São Paulo, com 191 adolescentes de 13 a 18 anos que estudam em uma escola pública da cidade revelou que 23 indivíduos relataram que conversam



sempre com seus parceiros sobre o uso de preservativos, e boa parte deles é quem inicia a conversa (BRUM; CARRARA, 2012).

Foi identificado que o fator vergonha é o grande inibidor do diálogo dos adolescentes com a família sobre sexualidade, e isto reflete a dificuldade em procurar os pais para esclarecer dúvidas sobre o tema, podendo isto estar baseado na proibição do sexo, ausência de diálogo e presença de tons de ameaça (MACEDO *et al.*, 2013).

Entretanto, Gubert *et al.*, (2013) encontraram que existe uma associação estatisticamente significativa entre o uso do preservativo na primeira relação sexual e a comunicação com pais ( $p < 0,0001$ ) e parceiros sexuais ( $p < 0,0001$ ) relatado por adolescentes do sexo feminino de escolas públicas de Fortaleza, Ceará.

A participação dos pais na sexualidade de seus filhos é importante para que essa temática seja discutida em família precocemente, a fim de esclarecer dúvidas e cultivar hábitos seguros quando iniciarem sua vida sexual, de modo que a tríade família, escola e profissional de saúde deve ser capaz de sensibilizar o adolescente a assumir comportamento sexual livre de riscos, incentivando estilos de vida saudáveis (VALLI; COGO, 2013).

Estudo realizado com 13.699 adolescentes de 12 escolas públicas na localidade de Suba, em Bogotá, na Colômbia destacou que os pais e profissionais da escola são os principais responsáveis de oferecer informações sobre sexualidade (GONZÁLEZ, 2009). Entretanto, um estudo realizado em Havana, Cuba, com 150 adolescentes, identificou que as principais fontes de informação sobre sexo e sexualidade entre os adolescentes foram a mãe (38,67%) e o pai (32,67%), destacando que os professores foram citados somente por 8,0% (RIZO *et al.*, 2012).

Estudo realizado com 121 adolescentes de Canoas, RS, destacou que para os pais, o papel de realizar a orientação sobre sexualidade para os seus filhos se mostra como uma tarefa muito difícil, pois a falta de diálogo, os preconceitos e tabus sociais estão muito presentes em suas culturas e, na maioria das vezes, eles utilizam o silêncio como mecanismo de defesa (MARTINI; BANDEIRA, 2003).

A utilização da tecnologia dura foi importante para incentivar o diálogo entre pais e parceiros e os adolescentes que participaram do estudo, podendo isto estar atribuído ao possibilidade de compartilhar da tecnologia em si, como também de comentar as imagens e animações vistas com a família e com o parceiro.

Isso significa que estratégias de tecnologia leve para tratar de DST/HIV devem incluir informações a respeito da necessidade do diálogo com seus pais e parceiros sobre os aspectos relacionados a sexualidade.

Isto é importante para que o adolescente não tenha como única fonte de informação aquele profissional que o educa para o autocuidado, já que esses profissionais nem sempre estão acessíveis para conversar sobre assuntos importantes para ele.

Destaca-se que um estudo realizado em Silva Jardim, no Rio de Janeiro, apontou que os 200 adolescentes entrevistados apontaram como principais fontes de informação sobre a primeira relação sexual as mães e/ou pais, amigos e namorados, não referindo com grande frequência a participação de professores e profissionais de saúde (VONK; BONAN; SILVA, 2013). Desta forma, as informações repassadas devem possibilitar ao adolescente a autonomia necessária para tomar decisões sobre sua própria vida, inclusive quando se trata de sexualidade.

Estudo realizado com 226 adolescentes de seis escolas colombianas, que utilizou vídeos educativos para tratar de temas relacionados a saúde dos adolescentes, identificou que os jovens entrevistados consideram que os conselhos dos adultos, especialmente seus pais, com relação a sua prática sexual revela o controle que estes adultos desejam exercer sobre suas vidas, tornando mais fácil a sua comunicação com outros adolescentes sobre o tema; os adolescentes ressaltaram ainda que eles precisam que os adultos dialoguem sobre sexualidade segundo as necessidades dos jovens e não ressaltando os medos e preocupações dos adultos, que normalmente envolvem o medo de DST/HIV e gestações não planejadas (MUÑOZ; GÓMEZ; PINEDA, 2013).

No que se refere ao reconhecimento da camisinha como método de prevenção para DST/HIV, o grupo que participou somente da roda de conversa apresentou melhores resultados após a intervenção, de modo que denota-se que esta sensibilização foi mais eficaz por meio de tecnologias educativas leves, o que não foi alcançado pela tecnologia dura utilizada neste estudo.

Ao se analisar os adolescentes conjuntamente, identificou-se que o aumento da referida probabilidade consistiu em 48%, de modo a ser o maior índice alcançado neste quesito. Isto mostra que as estratégias educativas de modo geral cooperam para o reconhecimento da camisinha como método de prevenção de DST/HIV, devendo ser estimuladas entre a população.

Isto mostra a importância da comunicação entre educadores e educandos produzindo melhores resultados na mudança de atitude dos adolescentes, o que ainda não pode ser produzido somente com o uso de materiais educativos.

Estes dados foram semelhantes quando perguntou-se aos adolescentes se eles tinham a intenção de utilizar o preservativo masculino em suas relações sexuais, quando o grupo que participou somente da roda de conversa apresentou maiores índices de intenção após a intervenção educativa.

Com isto, denota-se a importância da interação humana presente na utilização da tecnologia leve para a sensibilização dos adolescentes para o desejo de utilizar a camisinha para a prevenção de DST/HIV, ou seja, para admitir a execução de ações de cuidado no âmbito sexual o que normalmente se consegue com menos eficácia pela utilização de tecnologia dura.

Ou seja, quando se trata do reconhecimento da camisinha como método importante para prevenir DST/HIV e da intenção desses adolescentes em utilizá-la para este fim, o material humano se torna mais relevante em seus efeitos do que os recursos materiais que se podem utilizar.

Um estudo realizado com 304 alunos do ensino médio de três escolas públicas de Cascavel, Paraná, de ambos os sexos, revelou que dos 230 adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual, 88,7% utilizaram algum método contraceptivo, sendo que a camisinha foi o método anticoncepcional mais aceito, com adesão de 61,8% dos entrevistados, entretanto tendo sido utilizada em todas as relações sexuais apenas por 36,1% (CRISTOVAM *et al.*, 2013).

Em Divinópolis, Minas Gerais, realizou-se um estudo com 25 adolescentes grávidas entre 16 e 19 anos que identificou que a maior parte das adolescentes entrevistadas (44,0%) fazia uso de algum método contraceptivo antes da gestação, sobretudo o anticoncepcional oral (36,0%), em detrimento do uso da camisinha (PINTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Um estudo realizado em Silva Jardim, no Rio de Janeiro, com 200 adolescentes mostrou que o conhecimento de que o preservativo é um método eficaz para evitar DST e HIV/Aids é praticamente universal (95,5%), e este método foi o mais utilizado para ambos os sexos (72,6%), seguido do coito interrompido (8,1%) e a pílula anticoncepcional (8,1%); vale destacar entretanto que a maioria dos adolescentes de ambos os sexos utilizava preservativos

em suas relações sexuais de modo intermitente (59,7%) (VONK; BONAN; SILVA, 2013). Estes dados confirmam o fato de que muitas vezes os adolescentes se preocupam mais com a ocorrência de uma gravidez não planejada do que com a ocorrência de alguma DST/HIV.

Os resultados de um estudo realizado com 11 adolescentes residentes em um assentamento agrário no Brasil mostraram que a camisinha nunca foi utilizada ou foi usada eventualmente por 27,3 e 54,5% respectivamente; isso é agravado pelo relato dos adolescentes em utilizarem álcool (90%) e drogas (37%), e por manterem relações sexuais com usuárias de drogas (36,4%) (ARRAES *et al.*, 2013). Os adolescentes participantes deste estudo também demonstraram se sentirem invulneráveis às DST/HIV, o que pode conferir risco a sua saúde, principalmente quando se considera que eles relataram que muitas vezes não utilizam o preservativo por considerar que isso atrapalha o prazer sexual, e que após alguns meses de parceria sexual fixa o uso do preservativo pode ser abandonado.

Pinto (2012) realizou uma dinâmica com usuários de drogas sobre como vestir a camisinha e encontrou falhas na forma de utilizá-lo, tais como o desconhecimento da necessidade de conferir a validade do preservativo, o local ideal onde guardar o preservativo, a forma correta de abrir a embalagem do preservativo (muitos abriam com os dentes). Isto confirma que somente o compartilhamento de informações não é suficiente, mas que a prática deve ser verificada para se identificar se o comportamento é de proteção ou não.

Um estudo realizado com 450 estudantes de graduação de Jamnagar na Índia ressaltou que os jovens estão amadurecendo mais cedo e se casando mais tarde, o que coopera para que eles tenham relações sexuais fora da estabilidade conjugal, iniciando vida sexual precocemente e com vários parceiros ao longo da vida; dentre os jovens que já haviam iniciado vida sexual 62,9% utilizaram o preservativo em sua primeira relação sexual, que ocorreu em sua maioria na adolescência, e o seu uso permanece inconsistente na idade adulta; entre os jovens indianos entrevistados, o uso do preservativo na primeira relação sexual foi mais frequente quando a mesma ocorreu mais tardiamente ( $p=0,0257$ ) (DAVE *et al.*, 2013).

Deste modo, denota-se que as estratégias educativas são essenciais para estimular o uso do preservativo entre os adolescentes, e que a atuação do educador é necessária para desfazer os mitos e tabus relacionados ao uso do preservativo, bem como intervir não apenas sobre o conhecimento, mas também avaliar a forma de utilização do preservativo.

No que diz respeito a importância que os adolescentes atribuem ao ato de buscar o serviço de saúde para cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva a única estratégia educativa

que aumentou esta importância foi a roda de conversa, embora tenha sido muito discreta. Com relação ao ato de procurar o serviço de saúde, o grupo que recebeu ambas as estratégias educativas apresentou maior probabilidade de procurar o serviço de saúde.

Preocupa bastante o fato de os adolescentes quando analisados conjuntamente, apresentarem uma drástica diminuição do desejo de procurar o serviço de saúde, de modo que isso deve ser incentivado nas atividades educativas.

Um estudo realizado com 168 adolescentes identificou que a maioria dos adolescentes que procurou o serviço de saúde não possuía um motivo clínico para procurar atendimento de saúde; contudo, foram avaliados com relação às características gerais, não abordando questões relacionadas a sexualidade e prevenção de DST/HIV (CALAÇA *et al.*, 2013).

Um estudo realizado com 304 alunos do ensino médio de três escolas públicas de Cascavel, Paraná, de ambos os sexos, com idade de 14 a 21 anos, dos quais 42% já foram à consulta médica com o objetivo de terem seus órgãos genitais examinados e 79,3% deles apresentaram problemas referentes à saúde sexual e reprodutiva (CRISTOVAM *et al.*, 2013).

Kempfer *et al.* (2012) realizaram um estudo com 71 adolescentes em uma escola de São José, Santa Catarina, e após a estratégia educativa os adolescentes foram convidados a comparecer a um centro de saúde para as consultas de enfermagem, de modo que somente as garotas compareceram ao serviço de saúde, mesmo que os garotos tenham apresentado interesse, não se sentiram encorajados a marcar o atendimento, evidenciando a diferença entre os gêneros no que diz respeito ao atendimento em saúde.

Um estudo realizado com 11 adolescentes do sexo masculino moradores de um assentamento agrário no Brasil, ressaltou a dificuldade de inserir os garotos no serviço de saúde para que os seus indicadores sejam melhorados, contemplando as políticas de saúde do homem (ARRAES *et al.*, 2013).

Um estudo realizado em Havana, Cuba, com 150 adolescentes, identificou que apenas 04 deles (2,67%) citaram profissionais de saúde como fonte de informação sobre sexualidade e sexo, e o profissional citado por estes adolescentes foi o médico (RIZO *et al.*, 2012).

Calaça *et al.* (2013) ressaltou que o adolescente não é uma criança que possa ser atendido plenamente nos moldes da pediatria e não é um adulto que possa ter o mesmo atendimento que esta população, de modo que, existe a necessidade de avaliação e melhorias

dos serviços de saúde aos adolescentes e que as instituições universitárias possam conscientizar os futuros profissionais sobre esta necessidade, proporcionando ao adolescente um serviço que o acolha de modo satisfatório.

Deste modo, denota-se que a roda de conversa foi importante para sensibilizar os adolescentes sobre a importância de comparecer ao serviço de saúde para serem orientados sobre a saúde sexual e reprodutiva. Isto pode estar relacionado ao fato de que a própria experiência de ter um educador em saúde junto a eles nas intervenções trouxe uma valorização do componente humano no processo educativo por parte dos adolescentes, de modo a eles reconhecerem a importância dos profissionais de saúde.

Por fim, com relação ao desejo de realizar o teste rápido para HIV, este aumentou mais entre os adolescentes que receberam somente estratégia educativa de *site* educativo, seguido dos adolescentes que receberam somente a roda de conversa. Isto mostra que ambas as estratégias quando isoladas conseguiram estimular os adolescentes a desejarem realizar o teste rápido para HIV, no sentido de tentar fazer um diagnóstico precoce.

Estudo realizado com 28.177 adolescentes sexualmente residentes nos Estados Unidos identificou que apenas um quinto deles já havia realizado sorologia para HIV alguma vez na vida, com mais chance de ter sido realizada pelas mulheres do que pelos homens (COEYTAUX; KRAMER; SULLIVAN, 2014).

Ressalta-se ainda um estudo realizado no distrito de Laikipia, no Kenya, implementou um programa educativo, e após as atividades educativas, 50% dos adolescentes se voluntariaram para a testagem rápida do HIV (GAUGHRAN; ASGARY, 2014).

Destaca-se que a utilização de produtos criativos em sala de aula e em outros espaços escolares são positivos para aumentar a autoconfiança e competência social, que podem cooperar para a mudança de comportamento saudável, e podem desenvolver habilidades cognitivas sociais e cooperativas, como ouvir, comunicar, trabalhar em conjunto e partilhar ideias sobre saúde e mudança de comportamento de saúde (VENDITTI *et al.*, 2009).

Com relação as estratégias educativas utilizadas, denotou-se que para estratégias educativas pontuais, como as estratégias realizadas neste estudo, as tecnologias leves conseguem ser mais efetivas no objetivo de proporcionar possibilidade de mudança de comportamento entre o público-alvo.

O fato de a roda de conversa ter sido eficaz em seus efeitos no presente estudo confirma as considerações de alguns autores que ressaltaram que a ausência de recursos

audiovisuais e materiais não deve ser considerada um fator limitante para a realização da prática educativa do enfermeiro, destacando a importância das pessoas neste processo (FONTANA; SANTOS; BRUM, 2013).

No caso de serem realizadas estratégias com vários encontros que configurem a realização de um estudo longitudinal, estes resultados podem ser diferentes, como relata o estudo de Barnet *et al.* (2009), quando os resultados do grupo que recebeu uma estratégia educativa com tecnologia leve e dura combinadas foram mais positivos.

Um estudo realizado em Vancouver com mães de bebês a termo dividiu as mulheres em um grupo intervenção e um grupo controle para orientações sobre a Síndrome do Bebê Chacoalhado, e o grupo intervenção recebeu um material educativo em DVD sobre a temática; o estudo concluiu que o grupo intervenção ao final do estudo apresentou 5% a mais de conhecimento sobre o tema trabalhado (BARR *et al.*, 2009).

Um estudo desenvolveu materiais educativos computacionais para estimular o abandono do tabagismo por reconhecer que os materiais já disponíveis não eram adequados para a população que participou do estudo, por inadequabilidade da linguagem ou porque o conteúdo não estava adequado para a população, e ressalta que o desenvolvimento destes materiais deve contemplar o conhecimento e a experiência do autor sobre o tema, tornando a abordagem mais adequada para a população (BAKER *et al.*, 2002).

Vale destacar que todas as estratégias educativas realizadas produziram melhorias em níveis diferenciados de conhecimento e atitude de adolescentes para a prevenção de DST/HIV, não devendo portanto ser desencorajadas entre a população, independente do tipo de tecnologia a ser utilizada.

Deste modo, concorda-se com o comentário de Kempfer *et al.* (2012), que referiram que os conhecimentos adquiridos durante as atividades educativas individuais e coletivas junto a adolescentes foram de grande importância para o autocuidado frente à saúde sexual e reprodutiva, mas insuficientes para mudar consideravelmente o comportamento deste grupo, quanto à adoção de práticas sexuais seguras visando à prevenção da gravidez e de DST/HIV. Isto mostra a necessidade de estas atividades serem realizadas ininterruptamente junto aos adolescentes, incentivando sempre a adoção de comportamento sexual saudável por meio de esclarecimentos pertinentes e que sejam de interesse do público alvo, buscando uma maior adesão dos jovens a comportamentos saudáveis.

Assim, o uso de grupos educativos para a promoção da saúde tem sido valioso e até mesmo imprescindível, e a realização de atividades educativas com adolescentes deve respeitar o perfil dos participantes, visto que a padronização da implementação das ações podem tornar os resultados ineficazes (SOUZA; PIMENTA, 2013).

É importante ressaltar ainda a importância da ação de diversos atores sociais na prevenção de DST/HIV, destacando os professores e educadores, que podem disseminar conhecimentos sobre a temática junto aos adolescentes, cooperando para a promoção da saúde desses adolescentes (FAGUNDES *et al.*, 2013).

Os profissionais de saúde também se destacam como importantes atores sociais na prevenção de DST/HIV, de modo que a enfermagem, assim como a área da saúde de modo geral, usufrui das tecnologias como forma de assistir sua clientela e promover autonomia e independência, e como membro da equipe multiprofissional que desempenha a função de educador e promotor da saúde, o enfermeiro utiliza as tecnologias para promoção, manutenção e recuperação da saúde (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

Deste modo, ressalta-se a necessidade de se investir tempo e esforço em atividades educativas precoces para a prevenção de DST/HIV buscando um panorama social diferente para esta doença, e tornando os jovens autônomos em se autocuidar e assim promover sua própria saúde.



## 8 CONCLUSÕES

O presente estudo concluiu que:

- As temáticas relacionadas a educação sexual são de grande interesse dos alunos de ensino médio, pois muitos estão iniciando suas práticas sexuais e possuem diversas dúvidas quanto a temática, sendo o ambiente escolar um local propício para a conscientização da necessidade do uso de preservativo e da realização de condutas que favorecem a prevenção das DST/HIV;

- As escolas além de serem um ambiente propício a realização de atividades de educação em saúde com adolescentes se apresentaram com grande disponibilidade de receber a ação dos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem que participaram do presente estudo, inclusive estabelecendo convites para atividades subsequentes;

- Apesar do interesse com o tema e da habilidade natural dos adolescentes em utilizar o computador, eles apresentam resistência em utilizar esta tecnologia para aprenderem informações sobre o autocuidado a sua saúde, dado o desejo e a facilidade de acessar com frequência considerável as redes sociais;

- Os adolescentes demonstraram interesse nas estratégias educativas, e ainda evidenciaram a presença de conhecimento prévio sobre sexualidade, que pode ser advindo de diversos meios e pessoas, não sabendo ao certo que informações foram recebidas e a qualidade das mesmas;

- Dentre os três grupos educativos que foram realizados neste estudo, o grupo que apresentou maiores índices de melhoria de conhecimento e comportamento de prevenção aos riscos de DST/HIV foi o grupo que recebeu somente a roda de conversa, caracterizada como uma tecnologia educativa leve;

- A roda de conversa se adequou muito bem a estratégia educativa com o público adolescente, podendo não demonstrar a mesma eficácia em estudos realizados com outros grupos populacionais;

- Vale ressaltar também que o fato de o estudo ter sido realizado em escolas pode ser um fator de influência na aceitação da comunicação com os adolescentes, já que este é um ambiente em que os jovens estão propensos a serem educados, de modo que se o estudo tivesse sido realizado em outros ambientes talvez os resultados não fossem os mesmos;

- A implementação de estratégias educativas em uma única sessão para adolescentes será mais eficaz em melhoria do conhecimento e da prática se utilizar para isto tecnologias educativas leves, tais como a roda de conversa utilizada neste estudo;
- O estudo confirmou a hipótese de que o uso de tecnologias educativas favorece a aquisição de conhecimento e o aumento da intenção de mudança de comportamento para a prevenção de DST/HIV entre adolescentes de escolas públicas de Fortaleza-CE, devendo ler estimulado por grupos de estudos, estudantes universitários e profissionais da área da saúde;
- O estudo confirmou a tese de que site educativo representa uma tecnologia educativa de alta aceitação por parte dos adolescentes, podendo ser largamente utilizada na prevenção de DST/HIV entre esta população;
- O estudo confirmou em parte a hipótese de que o uso isolado do site educativo para a prevenção de DST/HIV entre adolescentes promove aquisição de conhecimentos, bem como aumenta a intenção de adoção de comportamento sexual saudável, já que isto foi confirmado quando se questionou a necessidade de negociar o uso da camisinha, o hábito de conversar com o parceiro sexual e com os pais sobre camisinha e sexualidade, o desejo de utilizar a camisinha, a percepção da importância de realizar o teste rápido para HIV; entretanto, não houve mudança sobre o conhecimento dos adolescentes sobre HIV; e surgiram índices inferiores para a intenção de mudança de comportamento sexual mediante a possibilidade de adquirir uma DST/HIV, o reconhecimento da camisinha como método de prevenção de DST/HIV, a percepção da importância de se procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e o ato de fazê-lo;
- O estudo confirmou parcialmente a hipótese de que o uso isolado da roda de conversa promove o aumento da aquisição de conhecimento e da intenção de adoção de comportamento sexual saudável entre adolescentes, visando a prevenção de DST/HIV, já que isto aconteceu quando se questionou o conhecimento dos adolescentes sobre HIV, a percepção da necessidade de negociar o uso da camisinha, a percepção da necessidade de conversar com o parceiro sexual sobre o uso da camisinha, a percepção da importância da camisinha para prevenir DST/HIV, o desejo de utilizar a camisinha, a importância de buscar o serviço de saúde e o desejo de realizar o teste rápido para HIV; e não aconteceu quando se questionou a intenção de mudança de comportamento sexual mediante a possibilidade de adquirir uma DST/HIV, o hábito de conversar com os pais sobre sexualidade, o comportamento de procurar o serviço de saúde para a promoção da saúde sexual;

- O estudo confirmou parcialmente a hipótese de que o uso de um site educativo para prevenção de DST/HIV favorece o acesso a informações, e combinado com uma tecnologia leve, como a roda de conversa, produz melhores respostas dos adolescentes sobre o conhecimento sobre DST/HIV e a intenção de adoção de comportamentos sexuais saudáveis, visto que apresentou índices melhores para todas as variáveis, exceto para a possibilidade de mudança de comportamento sexual, a necessidade de negociar o uso da camisinha com seu parceiro e a percepção da necessidade de buscar o serviço de saúde para a saúde sexual e reprodutiva;

- O estudo confirmou a hipótese de que a roda de conversa representa uma tecnologia educativa largamente aceita pelos adolescentes pelo fato de possibilitar a comunicação entre educadores e educandos, bem como a solução de dúvidas e correção de conhecimentos errados dos adolescentes sobre DST/HIV;

- O estudo não confirmou a hipótese de que o uso combinado de site educativo e roda de conversa promove maiores conhecimentos e atitudes favoráveis à prevenção de DST/HIV do que utilizados isoladamente.

## 9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresentou as seguintes limitações:

- O fato de os grupos educativos serem heterogêneos para duas variáveis sócio-demográficas: religião e idade, de modo que isso pode ter influenciado os valores dos adolescentes com relação a sexualidade e portanto ter influenciado nos resultados do estudo, apesar de isso só ter sido confirmado em algumas variáveis;
- Os adolescentes que participaram do presente estudo são homens e mulheres praticamente em iguais proporções, que mostra que se o estudo fosse realizado somente com garotos ou somente com garotas os resultados poderiam ser diferentes;
- Os adolescentes possuem baixa renda familiar, e a influência disso na sexualidade humana sugere que estudos realizados com adolescentes de maior poder aquisitivo podem apresentar resultados diferentes;
- Muitas variáveis ao serem analisadas não apresentaram significância estatística, de modo que seria necessário aumentar o número de adolescentes nos três grupos para que se pudesse resolver esta limitação;
- Algumas variáveis não foram analisadas no presente estudo por apresentarem informações divergentes dos adolescentes, o que pode ter deixado a caracterização dos adolescentes carente de algumas informações;
- Com relação a utilização do site educativo junto aos adolescentes, destaca-se que os computadores utilizados nas atividades educativas não estavam travados para nenhum endereço virtual, possibilitando aos adolescentes o acesso a outros sites durante a atividade proposta, embora isso não tenha sido estimulado e até tenha gerado advertências aos adolescentes;
- Este estudo utilizou uma tecnologia dura do tipo computacional, já que esta favorece a distração dos adolescentes em acessar redes sociais e outros *sites* de seu interesse, mas se fossem utilizadas outras tecnologias duras, como vídeos, manuais, livros, dentre outros, os resultados das comparações realizadas poderiam divergir;
- Ressalta-se ainda que as estratégias educativas de site educativo e roda de conversa não são uniformes quanto ao referencial teórico que embasou a sua construção, de modo que se fossem semelhantes os resultados poderiam ser diferentes;

- A estratégia educativa ter sido realizada em um único momento também representou uma limitação deste estudo, ou seja, foi uma estratégia pontual, de modo que se a comparação realizada neste estudo fosse realizada em meio a um estudo longitudinal, os resultados poderiam ser diferentes;

- Os resultados deste estudo também podem ter sido limitados pelo fato de os grupos de adolescentes serem heterogêneos com relação a duas variáveis: religião e idade.

## 10 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Recomenda-se:

- Que novos estudos sejam realizados no ambiente escolar, e que mais do que ações pontuais, esses estudos tenham permanência na escola no mínimo durante o ano letivo para possibilitar o acompanhamento dos adolescentes durante todo o ano;
- Que as políticas públicas brasileiras incentivem a permanência do enfermeiro na escola diariamente, para possibilitar o acompanhamento em saúde dos adolescentes, e não apenas a participação minimamente periódica como tem sido feito com o enfermeiro que participa do PSE;
- Que os enfermeiros se apropriem cada vez mais das situações de vida dos adolescentes, de modo a assim influenciar nos pontos realmente necessários mediante o desenvolvimento de atividades educativas;
- Que as atividades educativas sobre prevenção de DST/HIV com adolescentes devem ter cuidado em não gerar uma ideia de que, desde que se use a camisinha, o sexo pode ser realizado em quaisquer circunstâncias, mas sim gerar de modo eficaz uma consciência das responsabilidades inerentes a prática sexual;
- Que os professores da escola também sejam alvo de ações de educação em saúde, podendo assim ser um elo importante entre profissionais da saúde e os adolescentes, e também um multiplicador de informações fundamental para a comunidade onde está inserido, disseminando as informações de modo ininterrupto;
- Que as redes sociais sejam utilizadas para a implementação de estratégias educativas para a prevenção de DST/HIV, já que os adolescentes se sentem muito a vontade em utilizá-las em seu cotidiano;
- Que estudos que utilizarem estratégias educativas baseadas no uso do computador em laboratórios de informática realizem restrições de acesso aos sites educativos antes de iniciar a atividade, especialmente se a mesma for dedicada ao público adolescente, que possui facilidade de se dispersar durante o aprendizado;
- Que profissionais de saúde, família e escola acompanhem as informações recebidas por esses adolescentes sobre sexualidade, tendo em vista a possibilidade de corrigir ou reforçar os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes;

- Que os pais dos adolescentes sejam preparados para orientar seus filhos sobre este âmbito de suas vidas, pois assim poderão inclusive imprimir seus valores familiares e religiosos na sexualidade de seus filhos;
- A realização de novos estudos com um quantitativo maior de adolescentes para que os dados tivessem maior chance de apresentar significância estatística na análise dos dados coletados;
- O presente estudo teve uma amostra semelhante entre adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino, e isso pode ter deixado os dados coletados de modo geral, de modo que seria interessante a realização de estudos educativos específicos para cada gênero;
- Que se realizem novas comparações de estratégias educativas, mas que estas apresentem o mesmo referencial teórico na sua fase de construção;
- A realização de novos estudos que realizem a comparação de outras tecnologias educativas leves e duras, na intenção de verificar a adequabilidade dessas estratégias na aquisição de conhecimento dos adolescentes, bem como a adoção de comportamentos sexuais saudáveis;
- A realização de estudos longitudinais para avaliar o impacto dessas tecnologias leves e duras, de modo isolado e combinado, no conhecimento e comportamento de adolescentes na prevenção de DST/HIV.

## REFERÊNCIAS

ABOIM, S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-112, jan. 2012.

ALMENARA, J. C. La calidad educativa en el e.Learning: sus bases pedagógicas. **Educ. méd.**, Barcelona, v. 9, supl. 2, p. 7-12, dic. 2006.

ARAÚJO, T. S. **Instrumento para identificação de adoção de comportamentos sexuais seguros de adolescentes para doação de sangue – estudo de validação**. 2013. 127 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

ARRAES, C. O.; PALOS, M. A. P.; BARBOSA, M. A.; TELES, S. A.; SOUZA, M. M.; MATOS, M. A. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1266-1273, nov./dez. 2013.

BAKER, E. A.; KREUTER, M.; HOMAN, S. M.; STARKLOFF-MORGAN, S.; SCHONHOFF, R.; FRANCONI, A. Using Community-Based Participatory Processes to Bring Health Education Technology to Communities. **Health Promotion Practice**, v. 3, n. 1, p. 83-94, jan. 2002.

BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARNET, B.; LIU, J.; DEVOE, M.; DUGGAN, A. K.; GOLD, M. A.; PECUKONIS, E. Motivational Intervention to Reduce Rapid Subsequent Births to Adolescent Mothers: A Community-Based Randomized Trial. **Annals of family medicine**, v. 7, n. 5, p. 436-445, sep./oct. 2009.

BARR, R. G.; BARR, M.; FUJIWARA, T.; CONWAY, J.; CATHERINE, N.; BRANT, R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled Trial. **CMAJ**, v. 180, n.7, p.727-733, Mar. 2009.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em saúde no contexto da promoção da saúde**. Fortaleza, CE: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 637-650, jul./set. 2012.

BERNARDON, R.; SILVA, J. R. M.; CARDOSO, G. T.; MONTEIRO, R. A.; AMORIM, N. F. A.; SCHMITZ, B. A. S.; RODRIGUES, M. L. C. F. Construção de metodologia de



capacitação em alimentação e nutrição para educadores. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 389-398, maio/jun. 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. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 20, n. 1, p. 32-35, 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**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 522-528, set. 2008.

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

BORDINI, G. S.; SPERB, T. M. Negociação de significados associados às sexualidades: análise de narrativa construída em interação. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 37-47, jan./mar. 2013.

BOTTENTUIT JUNIOR, J. B.; COUTINHO, C. P. **The conception of a rubric to evaluate educational portals on the web**. Braga, Portugal: International Association of Technology, Education and Development, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002.

\_\_\_\_\_. Casa civil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde nas Escolas**. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. UNESCO. UNICEF. UNFPA. **Saúde e Prevenção nas Escolas: Atitude pra curtir a vida: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral á saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência**. Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 65 de 2010. Brasília, 2010c.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

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

BRUM, L. M. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar**. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 29, supl.1, p. 689-697, out./dez. 2012.

BRUNNEKREEF, J. J.; SCHREURS, B. W. Total hip arthroplasty: what information do we offer patients on *websites* of hospitals? **BMC Health Serv Res.**, v. 11, n. 83, 2011.

CALAÇA, F. A. C. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; BICALHO, L. F.; LIMA-OLIVEIRA, I. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente como parte da avaliação do atendimento prestado por um serviço de referência. **Rev Med**, Minas Gerais, v. 23, n. 2, p. 133-137, jun. 2013.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 61-68, fev. 2007.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, maio./jun. 2009.

CAMILO, V. M. B.; FREITAS, F. L. S.; CUNHA, V. M.; CASTRO, R. K. S.; SHERLOCK, M. S. M.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. 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. 124-128, 2009.

CAMPO-ARIAS, A.; CEBALLO, G. A.; HERAZO, E. Prevalence of Pattern of Risky Behaviors for Reproductive and Sexual Health Among Middle- and High-School Students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 170-174, mar./apr. 2010.

CARLETO, A. P.; FARIA, C. S.; MARTINS, C. B. G.; SOUZA, S. P. S.; MATOS, K. F. Conhecimentos e Práticas dos Adolescentes da Capital de Mato Grosso quanto às DST/Aids. **DST - J bras Doenças Sex Transm.**, v. 22, n. 4, p. 206-211, 2010.

CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N.; QUEIROGA, L. L.; MAIA, G. N.; ARAÚJO, A.; SILVEIRA, R. C. P. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 182-186, out./dez. 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Saúde Reprodutiva e Sexual: Um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)**. 2002.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **High-impact HIV prevention: CDC's approach to reducing HIV infections in the United States**. Atlanta, 2011.

CEZARIO, K. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 677-681, dez. 2007.

CHAVES, A. C. P.; BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; WOLFGANG, W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 48-53, jan./fev. 2014.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 126-134, jan./mar. 2010.

COELHO, M. M. F.; TORRES, R. A. M.; MIRANDA, K. C. L.; CABRAL, R. L.; ALMEIDA, L. K. G.; QUEIROZ, M. V. O. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 390-395, abr./jun. 2012.

COEYTAUX, K.; KRAMER, M. R.; SULLIVAN, P. S. HIV testing among United States high school students at the state and national level, Youth Risk Behavior Survey 2005–2011. **Springer Plus**, v.3, p. 202, 2014.

CRISTOVAM, M. A. S.; OSAKU, N. O.; GABRIEL, G. F. C. P.; DALAQUA, K.; SAQUETI FILHO, E. Comportamento sexual e contracepção entre adolescentes. **Pediatr. mod.**, v. 49, n.5, p. 176-183, maio 2013.

CURBELO, A. D.; SANTIAGO, M. A.; BOZA, A. V.; CÁRDENAS, A. R.; TAHUILE, V. R. Sexualidad y reproducción en adolescentes. **Rev Cubana Obstet Ginecol.**, Ciudad de la Habana, v. 34, n. 3, sep./dic. 2008.

DAVE, V. R.; MAKWANA, N. R.; YADAV, B. S.; YADAV, S. A Study on High-risk Premarital Sexual Behavior of College Going Male Students in Jamnagar City of Gujarat, India. **Int J High Risk Behav Addict.**, v. 2, n. 3, p.112-116, dec. 2013.

FAGUNDES, L. J.; VIEIRA JUNIOR, E. E.; MOYSÉS, A. C. M. C.; LIMA, F. D.; MORAIS, F. R. B.; VIZINHO, N. L. Sexually transmitted diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from january 1999 to december 2009. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, jul./aug. 2013.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface: comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FELICIANO, K. V. O. Prevenção da AIDS entre os jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 429-438, out./dez. 2005.

FERREIRA, M. M. S. R. S.; TORGAL, M. C. L. F. P. R. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 598-595, jun. 2011.

FERREIRA, A. G. N.; VIEIRA, N. F. C.; TRASFERETTI, J. A.; GALVÃO, M. T. G.; GUBERT, F. A.; PINHEIRO, P. N. C. Dialogando com adolescentes de grupos religiosos sobre HIV: desafios para a enfermagem. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 952-960, out./dez. 2013.

FONTANA, R. T. A vigilância sanitária no contexto escolar: um relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 13-134, jan./fev. 2008.

FONTANA, R. T.; SANTOS, A. V.; BRUM, Z. P. Health education as a strategy for healthy sexuality. **J. res. fundam. care. online**, v. 5, n. 4, p. 529-536, out./dez. 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; GOMES, R. Prevenção da AIDS no período de iniciação sexual: aspectos da dimensão simbólica das condutas de homens jovens. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3311-3322, dez. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários a prática educativa**. 39. ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Paz e Terra, 2009.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GARBIN, C. A. S.; LIMA, D. P.; DOSSI, A. P.; ARCIERI, R. M.; ROVIDA, T. A. S. Percepção de Adolescentes em Relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos. **DST - J bras Doenças Sex Transm.**, v. 22, n. 2, p. 60-63, 2010.

GARCIA, P. P. N. S.; NOGUEIRA, I.; DOVIGO, L. N.; DOTTA, E. A. V.; DOVIGO, R. P. N.; NASSOUR, E. I. S. C.; CAMPOS, J. A. D. B. Educação em Saúde: Efeito de um Método

de Auto-Instrução Sobre os Níveis de Higiene Oral em Escolares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 333-337, set./dez. 2009.

GARRIDO, J. M. F.; FERNÁNDEZ, M. L.; PEDROLA, J. L. B. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 22, n. 6, p. 511-519, nov./dic. 2008.

GAUGHRAN, M.; ASGARY, R. On-Site Comprehensive Curriculum to Teach Reproductive Health to Female Adolescents in Kenya. **Journal of Women's Health**, v. 23, n.4, p. 358-364, apr. 2014.

GONZÁLEZ, J. C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 14-26, jan./feb. 2009.

GUBERT, F. A. **Tradução, adaptação e validação das escalas Parent Adolescent Communication Scale e Partner Communication Scale**: Tecnologia para prevenção de DST/HIV. 2011. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2011.

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.**, v. 11, n. 1, p. 165-172, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>>. Acesso em: 16 out. 2013.

GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; ORIÁ, M. O. B.; FERREIRA, A. G. N.; ARCANJO, G. V. Tradução e validação da escala Partner Communication Scale – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 822-829, ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: Características da população: Amostra. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ce&tema=censodemog2010\\_amostra](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ce&tema=censodemog2010_amostra)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

IOSSI, M. A. **“Aprender brincando”**: a percepção de alunos adolescentes sobre grupos de orientação sexual. 2000. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2000.

JARDIM, D. P.; SANTOS, E. F. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 37-44, abr./jun. 2012.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.

JOMAR, R. T.; RIBEIRO, M. R.; ABREU, Â. M. M.; FIGUEIRÒ, R. F. S. Educação em saúde no trânsito para adolescentes estudantes do ensino médio. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 186-189, jan./mar. 2011.

JOVENTINO, E. S.; FREITAS, L. V.; ROGÉRIO, R. F.; DIAS, L. M. B.; XIMENES, L. B. Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 141-148, abr./jun. 2009.

KEMPFER, S. S.; FRAGA, S. M. N.; MAFRA, T. J.; HOFFMAN, A. C. S.; LAZZARI, D. D. Contraception in adolescence: a matter of self-care. **R. pesq. cuid. fundam. online**, v. 4, n. 3, p. 2702-2711, jul./set. 2012.

KNAPP, C.; MADDEN, V.; WANG, H.; SLOYER, P.; SHENKMAN, E. Internet use and ehealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. **J Med Internet Res.**, v. 13, n. 3, p. e75, jul./sep. 2011.

KUMAR, R. S.; DAS, R.C.; PRABHU, H. R. A.; BRIG, V. S. M.; BHAT, P. S.; PRAKASH, J.; SEEMA. P.; BASANNAR, D. R. Interaction of media, sexual activity and academic achievement in adolescents. **Med J Armed Forces India.**, v. 69, n. 2, p. 138-143, apr. 2013.

LAU, P. W. C.; LAU, E. Y.; WONG, P.; RANSDELL, L. A Systematic Review of Information and Communication Technology–Based Interventions for Promoting Physical Activity Behavior Change in Children and Adolescents. **J Med Internet Res.**, v. 13, n. 3, p. e48, jul./sep. 2011.

LUNA, I. T.; SILVA, K. L.; DIAS, F. L. A.; FREITAS, M. M. C.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 1, p. 43-55, abr. 2012.

LUNDBERG, P.; RUKUNDO, G.; ASHABA, S.; THORSON, A.; ALLEBECK, P.; ÖSTERGREN, P.; CANTOR-GRAAE E. Poor mental health and sexual risk behaviours in Uganda: A cross-sectional population-based study. **BMC Public Health.**, v. 11, p. 125, 2011.

MACEDO, S. R. H.; MIRANDA, F. A. N.; PESSOA JÚNIOR, J. M.; NÓBREGA, V. K. M. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 103-109, jan./fev. 2013.

MARQUES, I. R.; MARIN, H. F. Enfermagem na WEB: o processo de criação e validação de um *WEB site* sobre doença arterial coronariana. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 298-307, maio/jun. 2002.

MARTINI, J. G.; BANDEIRA, A. S. Saberes e práticas dos adolescentes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 160-163, mar./abr. 2003.

MARTINS, M. C.; XIMENES, L. B.; CASIMIRO, C. F.; SILVEIRA, V. G.; FROTA, M. A. Estratégia educativa com enfoque nos hábitos alimentares de crianças: alimentos regionais. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 463-469, jul./set. 2009.

MEDEIROS, M. D. **Jogos de simulação de vida e subjetividade**: a experiência de poder/controlar entre jovens jogadores de The Sims. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, 2006.

MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das Escolas Agrícolas da Universidade Federal do Piauí. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 863-871, out./dez. 2009.

MERHY, E. E. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MOURA, E. R. F.; GONDIM, P. S.; LIM, D. M. C.; SOUSA, I. O.; EVANGELISTA, D. R. Perfil sexual e reprodutivo e percepção de adolescentes de escola pública sobre comportamento sexual saudável. **Rev. APS.**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 58-66, jan./mar. 2011.

MRECH, L. M.; RAHME, M. A roda de conversa e a assembleia de crianças: a palavra líquida e a escola de educação infantil. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 293-310, abr. 2009.

MUÑOZ, D. E. O.; GÓMEZ, M. M. G.; PINEDA, M. C. ¡Cuídese, no meta la pata!: sexualidad juvenil en escolares de Medellín (Colombia). **Index Enferm.**, Granada, v. 22, n. 4, p. 228-232, oct./dic. 2013.

NADER, S. S.; GERHARDT, C. R.; NADER, P. J. H.; PEREIRA, D. N. Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 374-381, out./dez. 2009.

NAVARRETE, A., BURGOS A. Programa de higiene bucal, y su impacto en flora bacteriana. **Rev Chil Pediatr.**, Santiago, v. 19, n. 3, p. 267-271, jun. 2008.

NIETSCHKE, E. A. **Tecnologia Emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. [S.l.]: Unijuí, 2000. 360 p.

NISHIGAKI, M.; SATO, E.; OCHIAI, R.; SHIBAYAMA, T.; KAZUMA, K. Impact of a Booklet about Diabetes Genetic Susceptibility and Its Prevention on Attitudes towards Prevention and Perceived Behavioral Change in Patients with Type 2 Diabetes and Their Offspring. **Adv Prev Med.**, v. 2011, 2011.

NUNES, A. P. O. B.; RIOS, A. C. S.; CUNHA, G. A.; BARRETTO, A. C. P.; NEGRÃO, C. E. Efeitos de um programa de exercício físico não-supervisionado e acompanhado a distância, via internet, sobre a pressão arterial e composição corporal em indivíduos normotensos e pré-hipertensos. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 86, n. 4, p. 289-296, abr. 2006.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e de conteúdo de uma tecnologia educativa. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2006.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-212, fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos, Divisão de População. **World Population Prospects: The 2008 revision**. Disponível em: <[www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm](http://www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I.; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 54-64, jun. 2008.

PAUWELS, E.; VAN HOOF, E.; CHARLIER, C.; LECHNER, L.; DE BOURDEAUDHUIJ, I. Design and process evaluation of an informative website tailored to breast cancer survivors' and intimate partners' post-treatment care needs. **BMC Res Notes**, v. 5, p. 548, 2012.

PINTO, A. C. S. **Círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2012.

PINTO, J. F.; OLIVEIRA, V. J.; SOUZA, M. C. Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis – Minas Gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n.1, p.518-530, jan./abr. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABELO, S. T. O.; FALCÃO JÚNIOR, J. S. P.; FREITAS, L. V.; LOPES, E. M.; PINHEIRO, A. K. B.; AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B. Gravidez e DST: Práticas Preventivas entre Universitários. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 2, p. 148-155, 2006.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A.; GOMES, A. L. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 101-108, jan./feb. 2012.

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



- RIZO, E. P.; DOMÍNGUEZ, B. E.; CELIS, Y. R.; JÁUREGUI, M. C. La sexualidad en adolescentes de la secundaria básica "Viet Nam". **Rev Cubana Med Gen Integr.**, Ciudad de La Habana, v. 28, n. 4, oct./dic. 2012.
- 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.** São Paulo, v. 53, n. 1, p. 14-19, jan./fev. 2007.
- SALDANHA, A. A. W.; CARVALHO, E. A. B.; DINIZ, R. F.; FREITAS, E. S.; FÉLIX, S. M. F.; SILVA, E. A. A. Sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 1, p. 36-44, 2008.
- SAMPAIO FILHO, F. J. L.; SOUSA, P. R. M.; VIEIRA, N. F. C.; NÓBREGA, M. F. B.; GUBERT, F. A.; PINHEIRO, P. N. C. Percepção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 508-514, set. 2010.
- SASAKI, R. S. A.; SOUZA, M. M.; LELES, C. R.; MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; FREIRE, M. C. M. Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, 2014.
- SILVA, A. R. V.; ZANETTI, M. L.; FORTI, A. C.; FREITAS, R. W. J. F.; HISSA, M. N.; DAMASCENO, M. M. C. Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do *Diabetes Mellitus* tipo 2 em adolescentes. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 782-787, out./dez. 2011.
- SILVEIRA, A. S. A.; SILVA, B. M. F.; PERES, E. C.; MENEGHIN, P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 299-305, jun. 2007.
- SILVEIRA, J. A. C.; TADDEI, J. A. A. C.; GUERRA, P. H.; NOBRE, M. R. C. A efetividade de intervenções de educação nutricional nas escolas para prevenção e redução do ganho excessivo de peso em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 5, p. 382-392, set./out. 2011.
- SOUZA, V. Adolescentes em cena: uma proposta educativa no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, p. 1716-1721, dez. 2011.
- SOUZA, T. T.; PIMENTA, A. M. Características das ações de educação em saúde para adolescentes. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 1, p. 587-596, jan./abr. 2013.
- STOCKWELL, M. S.; KHARBANDA, E. O.; MARTINEZ, R. A.; VARGAS, C. Y.; VAWDREY, D. K.; CAMARGO, S. Effect of a Text Messaging Intervention on Influenza Vaccination in an Urban, Low-Income Pediatric and Adolescent Population. **JAMA.**, v. 307, n. 16, p. 1702-1708, apr. 2012.

TAQUETTE, S. R. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 618-628, abr./jun. 2013.

TELES, L. M. R. **Construção e Validação de Tecnologia Educativa para Acompanhantes durante o Parto**. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2011.

TOLEDO, M. M.; TAKAHASHI, R. F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 370-375, mar./abr. 2011.

TURRIONI, A. P. S.; SALOMÃO, F. G. D.; MONTI, J. F. C.; VAZQUEZ, F. L.; CORTELLAZZI, K. L.; PEREIRA, A. C. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1841-1848, jul. 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: [s.n.], 2011a.

\_\_\_\_\_. **Situação Mundial da Infância 2011**: Adolescência: uma fase de oportunidades. Nova York, USA: [s.n.], 2011b.

VALLI, G. P.; COGO, A. L. P. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.31-37, set. 2013.

VENDITTI, E. M.; ELLIOT, D. L.; FAITH, M. S.; FIRRELL, L. S.; GILES, C. M.; GOLDBERG, L.; MARCUS, M. D.; SCHNEIDER, M.; SOLOMON, S.; THOMPSON, D.; YIN, Z.; HEALTHY STUDY GROUP. Rationale, design and methods of the HEALTHY study behavior intervention component. **Int J Obes.**, Londres, v. 33, supl 4, p. S44-S51, aug. 2009.

VERONA, A. P. A.; REGNERUS, M. Pentecostalism and premarital sexual initiation in Brazil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 9-115, jan./jun. 2014.

VONK, A. C. R. P.; BONAN, C.; SILVA, K. S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1795-1807, jun. 2013.

YONEKURA, T.; SOARES, C. B. The educative game as a sensitization strategy for the collection of data with adolescents. **Rev Lat Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 968-974, sep./oct. 2010.

WELLINGS, K.; JONES, K. G.; MERCER, C. H.; TANTON, C.; CLIFTON, S.; DATTA, J.; COPAS, A. J.; ERENS, B.; GIBSON, L. J.; MACDOWALL, W.; SONNENBERG, P.; PHELPS, A.; JOHNSON, A. M. The prevalence of unplanned pregnancy and associated

factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). **Lancet**, v. 382, n. 9907, p. 1807-1816, nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ottawa Chartes for Health Promotion**. Ottawa, Canadá, 1986.

\_\_\_\_\_. **Adolescent health**. 2011a. Disponível em:  
<[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescent health epidemiology**. 2011b. Disponível em:  
<[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/adolescence/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/index.html)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Global HIV/aids response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access**, 2011c.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO SITE EDUCATIVO**  
(Baseado em Bottentuit Júnior e Coutinho, 2008)

**SITE EDUCATIVO:** \_\_\_\_\_

**Disponível em:** \_\_\_\_\_

**1. Dados gerais**

	<b>Sim</b>	<b>Em parte</b>	<b>Não</b>
Está disponível a origem do portal? (cidade, estado, país)			
O site educativo é totalmente disponível (sem o uso de senhas)?			
Possui disponível o nome de autores e de contato?			
O site mostra como a equipe realiza a manutenção do site?			
É claramente destinada a um público alvo?			
Existem ferramentas de comunicação disponíveis? (e-mail, fórum, chat, newsletters, vídeo conferência)			
O site permite sugestões de melhoria?			
O site permite o registro do usuário? (contadores de visitantes, registro do e-mail dos usuários)			
O layout do site é isento de publicidade que prejudique a aprendizagem?			
Há inquéritos on-line (enquetes)?			
Existem contadores de visitantes?			

**2. Informações / conteúdo**

	<b>Sim</b>	<b>Em parte</b>	<b>Não</b>
As informações disponíveis são satisfatórias e corretas?			
As informações foram atualizadas no último ano?			
Existem dados das fontes de informação?			
O site possui exercícios / atividades educativas?			
Existem recursos multimídia?			
Existem páginas com links externos?			
O site possui a sessão “perguntas mais frequentes”?			
Existe algum tipo de realce para as informações mais relevantes?			

**3. Usabilidade**

	<b>Sim</b>	<b>Em parte</b>	<b>Não</b>
O portal tem um tempo de carregamento curto?			
O conteúdo está satisfatoriamente organizado?			
Ele usa um tipo de letra de fácil leitura?			
O site tem recursos sempre visíveis?			
Existe possibilidade de pesquisa interna?			
Existe um mapa do site?			
O contraste de cores de texto com o fundo é adequado?			
As informações ocupam menos de 100% da largura da tela?			
As figuras são fáceis de carregar e os links disponíveis?			
Existe a apresentação do caminho percorrido pelo usuário?			
O site possui um layout de página padrão?			

## APÊNDICE B - ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA

O presente roteiro deverá ser utilizado na Roda de Conversa para a Prevenção de DST/HIV entre adolescentes em escolas. Na primeira coluna estão presentes os subtemas que deverão ser trabalhados. Na segunda coluna localizam-se as perguntas que devem ser realizadas para os adolescentes. Por fim, na terceira coluna estão as informações que os alunos deverão contemplar durante a conversa.

SUBTEMA	PERGUNTAS	INFORMAÇÕES
Adolescência	Que mudanças ocorrem na adolescência?	Mudanças no corpo, nos sentimentos, nos relacionamentos, etc.
Anatomia masculina	Que mudanças são comuns no corpo do homem na adolescência?	Presença de pêlos pubianos, axilares e peitorais, mudanças na voz, aumento da genitália, etc.
Anatomia feminina	Que mudanças são comuns no corpo da mulher na adolescência?	Presença de pelos pubianos e axilares, aumento das mamas, aumento das formas arredondadas, etc.
DST	O que são DST?	Doenças transmitidas pelo sexo.
	Quais são essas doenças?	Aids, sífilis, gonorreia, etc. Se os alunos citarem candidíase ou vaginose, explicar que elas podem ser adquiridas por via não sexual.
	Quais são os sintomas das DST?	Corrimentos, prurido, feridas, etc.
Prevenção de DST	Como se pegam as DST?	Relações sexuais.
	Como se pode evitar as DST?	Usando camisinha. Tendo poucos parceiros sexuais. Evitando o sexo casual. Procurando informações. Sendo acompanhado pelo profissional de saúde.
Prevenção de HIV	Como se pega HIV?	Relações sexuais, transfusão de sangue, uso de drogas injetáveis, etc.
	Como se pode evitar o HIV?	Usando camisinha. Tendo poucos parceiros sexuais. Evitando o sexo casual. Procurando informações. Sendo acompanhado pelo profissional de saúde. Não usando drogas injetáveis.

**APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP  
GRUPO QUE RECEBERÁ SOMENTE O SITE EDUCATIVO.**

**Caro facilitador,**

**Este POP se destina a guiar a sua atuação durante a estratégia educativa junto aos adolescentes. Agradecemos a sua participação e esforço neste estudo.**

	<b>Checado</b>
1. Prepare o laboratório de informática. Certifique-se de quantos computadores estão em pleno funcionamento (este será o número máximo de alunos para este momento).	
2. Deixe os computadores ligados e o questionário online e o site educativo disponíveis no computador.	
3. Encaminhe-se a sala de aulas dos adolescentes e apresente-se aos adolescentes.	
4. Recolha o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis.	
5. Encaminhe os adolescentes ao laboratório de informática.	
6. Explique aos adolescentes o Termo de Assentimento.	
7. Distribua o Termo de Assentimento e os recolha assinados pelos adolescentes.	
8. Oriente os alunos a preencherem o questionário online.	
9. Certifique-se de que todos os alunos finalizaram o preenchimento do questionário online.	
10. Oriente os alunos a acessar o site educativo.	
11. Os alunos terão um espaço de tempo de 2 horas para navegar no site educativo.	
12. Ao final de 2 horas, oriente os alunos a fecharem os aplicativos e informe-os de que dali a um mês nós entraremos em contato com eles.	
13. Leve os alunos de volta a sala de aula.	

## APÊNDICE D - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

### GRUPO QUE RECEBERÁ SOMENTE A RODA DE CONVERSA.

**Caro facilitador,**

**Este POP se destina a guiar a sua atuação durante a estratégia educativa junto aos adolescentes. Agradecemos a sua participação e esforço neste estudo.**

	<b>Checado</b>
1. Prepare o laboratório de informática. Certifique-se de quantos computadores estão em pleno funcionamento (este será o número máximo de alunos para este momento).	
2. Deixe os computadores ligados e o questionário online disponível no computador.	
3. Encaminhe-se a sala de aulas dos adolescentes e apresente-se aos adolescentes.	
4. Recolha o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis.	
5. Encaminhe os adolescentes ao laboratório de informática.	
6. Explique aos adolescentes o Termo de Assentimento.	
7. Distribua o Termo de Assentimento e os recolha assinados pelos adolescentes.	
8. Oriente os alunos a preencherem o questionário online.	
9. Certifique-se de que todos os alunos finalizaram o preenchimento do questionário online.	
10. Oriente os alunos a fecharem o aplicativo.	
11. Encaminhe os alunos ao espaço onde será realizada a roda de conversa.	
12. Utilize o Roteiro para a Roda de Conversa para nortear este momento.	
13. A roda de conversa deverá durar no máximo 2 horas.	
14. Ao final de 2 horas, informe-os de que dali a um mês nós entraremos em contato com eles.	
15. Leve os alunos de volta a sala de aula.	

## APÊNDICE E - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

### GRUPO QUE RECEBERÁ O SITE EDUCATIVO E A RODA DE CONVERSA.

**Caro facilitador,**

**Este POP se destina a guiar a sua atuação durante a estratégia educativa junto aos adolescentes. Agradecemos a sua participação e esforço neste estudo.**

	<b>Checado</b>
1. Prepare o laboratório de informática. Certifique-se de quantos computadores estão em pleno funcionamento (este será o número máximo de alunos para este momento).	
2. Deixe os computadores ligados e o questionário online e o site educativo disponíveis no computador.	
3. Encaminhe-se a sala de aulas dos adolescentes e apresente-se aos adolescentes.	
4. Recolha o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis.	
5. Encaminhe os adolescentes ao laboratório de informática.	
6. Explique aos adolescentes o Termo de Assentimento.	
7. Distribua o Termo de Assentimento e os recolha assinados pelos adolescentes.	
8. Oriente os alunos a preencherem o questionário online.	
9. Certifique-se de que todos os alunos finalizaram o preenchimento do questionário online.	
10. Oriente os alunos a acessar o site educativo.	
11. Os alunos terão um espaço de tempo de 1 hora para navegar no site educativo.	
12. Oriente os alunos a fecharem os aplicativos.	
13. Ao final de 1 hora, encaminhe os adolescentes ao espaço onde acontecerá a roda de conversa.	
14. Utilize o Roteiro para a Roda de Conversa para nortear este momento.	
15. A roda de conversa deverá durar no máximo 1 hora.	
16. Ao final de 2 horas, informe-os de que dali a um mês nós entraremos em contato com eles.	
17. Leve os alunos de volta a sala de aula.	



## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caros pais e /ou responsáveis,

Meu nome é Lydia Vieira Freitas, sou enfermeira, aluna do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC e professora da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. Meu projeto de tese consiste em comparar estratégias educativas com relação a adoção de comportamento sexual saudável entre os adolescentes, e tem por título “**Avaliação de propostas educativas para a prevenção de DST/HIV em adolescentes – uso isolado e combinado de tecnologias**”.

Por isso, convido o (a) seu (sua) filho (a) a participar deste estudo, e caso os (as) senhores (as) autorizem e o (a) seu (sua) filho (a) aceite, ele participará de uma atividade educativa na escola e preencherá um instrumento antes da estratégia educativa e um mês depois da mesma. A atividade educativa acontecerá através de um site educativo o qual o seu filho terá acesso e/ou uma roda de conversa, que abordarão a sexualidade e a prevenção de DST.

Este estudo trará como benefícios para o seu filho maiores informações sobre prevenção de DST e formas de se prevenir de doenças e de promover a sua saúde. O estudo não trará riscos aos adolescentes, mas poderá causar pequenos desconfortos em virtude dos tabus que envolvem o tema, que poderão causar timidez e certo grau de constrangimento para o seu filho. Contudo, entendo que os benefícios são maiores que os riscos e que portanto o estudo vale a pena ser realizado.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo sobre o (a) seu (sua) filho (a), serão usadas apenas para a realização do meu estudo, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo, e finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o nome do (a) seu (sua) filho (a) e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a). O estudo não trará nenhuma despesa para os senhores e todos os recursos utilizados serão gratuitos, mas também não trará remuneração financeira de nenhuma espécie.

Destaco que a participação no estudo é voluntária e que o senhor ou o seu filho poderão não participar, ou retirar o consentimento e desistir do estudo em qualquer momento da realização do mesmo, bastando para isto entrar em contato com a pesquisadora.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3332 1204. Caso precise entrar em contato comigo, para qualquer informação ou esclarecimento, informo-lhe meu nome e contato:

Lydia Vieira Freitas

[lydia@unilab.edu.br](mailto:lydia@unilab.edu.br)

Instituição: UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3. Centro. Redenção-CE, Brasil.

Telefone profissional: (85)3332-1381

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo na participação do meu filho no presente estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

## APÊNDICE G - TERMO DE ASSENTIMENTO

Olá!

Meu nome é Lydia Vieira Freitas, sou enfermeira, aluna do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC e professora da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. Meu projeto de tese consiste em comparar estratégias educativas com relação a adoção de comportamento sexual saudável entre os adolescentes, e tem por título **“Avaliação de propostas educativas para a prevenção de DST/HIV em adolescentes – uso isolado e combinado de tecnologias”**.

Por isso, convido você a participar deste estudo, e caso você aceite, você participará de uma atividade educativa na escola e preencherá um instrumento antes da atividade e um mês depois dela. A atividade educativa acontecerá através de um site educativo que você acessará e/ou uma roda de conversa, que abordarão a sexualidade e a prevenção de DST.

Este estudo trará como benefícios para você maiores informações sobre prevenção de DST e formas de se prevenir de doenças e de promover a sua saúde. O estudo não trará riscos para você, mas poderá causar pequenos desconfortos em virtude dos tabus que envolvem o tema, que poderão deixar você tímido ou constrangido. Contudo, entendo que os benefícios são maiores que os riscos e que portanto o estudo vale a pena ser realizado.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo sobre você, serão usadas apenas para a realização do meu estudo, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo, e finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificar você. O estudo não trará nenhuma despesa para você e todos os recursos utilizados serão gratuitos, mas também não trará remuneração financeira de nenhuma espécie.

Destaco que a participação no estudo é voluntária e que você poderá não participar, ou retirar o consentimento e desistir do estudo em qualquer momento, bastando para isto entrar em contato com a pesquisadora.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3332 1204. Caso precise entrar em contato comigo, para qualquer informação ou esclarecimento, informo-lhe meu nome e contato:

Lydia Vieira Freitas

[lydia@unilab.edu.br](mailto:lydia@unilab.edu.br)

Instituição: UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3. Centro. Redenção-CE, Brasil.

Telefone profissional: (85)3332-1381

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar do presente estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

\_\_\_\_\_  
Assinatura do adolescente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

**APÊNDICE H**  
**INSTRUMENTO ONLINE - ADAPTADO**  
**Identificação da intenção de adoção de comportamentos sexuais seguros**

**Esse questionário faz parte de uma pesquisa que pretende avaliar se o adolescente adota ou tem intenção de adotar comportamentos sexuais seguros. Pense antes de responder, pois informações verdadeiras são importantes para que se alcance o objetivo da pesquisa. Tudo será confidencial/protegido!**

\* Pergunta Obrigatória

Data \* ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )

**Parte 1 – Características Pessoais**

1. Idade \* \_\_\_\_\_

2. Iniciais \* \_\_\_\_\_

3. Sexo \*

( ) Feminino    ( ) Masculino

4. Cidade que você mora \* \_\_\_\_\_

5. Situação afetiva / erótica \*

( ) Tenho esposo(a) ou companheiro(a) regular

( ) Tenho parceiro sexual casual / ficante

( ) Nunca tive parceiro(a) sexual

( ) Outro: \_\_\_\_\_

6. Escolaridade \*

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Ensino Superior

7. Escola que você estuda \*

( ) EEFM Paraná

( ) EEFM Amazonas

( ) EEFM Fernandes Távora

8. Com quem você mora \*

( ) Moro com pai e mãe

( ) Moro somente com a mãe

( ) Moro somente com o pai

( ) Moro com outro membro da família

( ) Outro: \_\_\_\_\_

9. Quantas pessoas moram com você na sua casa? (Contando com você) \* \_\_\_\_\_

10. Qual sua renda familiar? \* (O valor do salário mínimo é R\$ 678,00)

( ) 1-2 salários mínimos

( ) 2-3 salários mínimos

( ) 3-4 salários mínimos

( ) Outro: \_\_\_\_\_

11. Qual a sua religião? \*

( ) Católica

( ) Evangélica

( ) Espírita

( ) Sem religião

( ) Outro: \_\_\_\_\_

## Parte 2 – Identificação de Comportamentos de Riscos

12. Você já usou ou experimentou alguma das substâncias abaixo no último mês? \* (Você pode escolher mais de uma opção!)

- Álcool                       Cigarro                       Nenhuma  
 Drogas (maconha, cocaína, crack, aranha, lança perfume, extase, etc)

13. Se marcou a opção "Drogas", informe qual(is) tipo(s) de drogas:

\_\_\_\_\_

14. Você usa atualmente alguma das substâncias abaixo \* (Você pode escolher mais de uma opção!)

- Álcool                       Cigarro                       Nenhuma  
 Drogas (maconha, cocaína, crack, aranha, lança perfume, extase, etc)

15. Se marcou a opção "Drogas", informe qual(is) tipo(s) de drogas:

\_\_\_\_\_

16. Com qual frequência você ingere bebidas alcoólicas? \*

- Todo dia                       Mais de uma vez por semana  
 Uma vez por semana       Uma vez por mês  
 Nunca

17. Com qual frequência você fuma? \*

- Todo dia                       Mais de uma vez por semana  
 Uma vez por semana       Uma vez por mês  
 Nunca

18. Com qual frequência você usa drogas? \*

- Todo dia                       Mais de uma vez por semana  
 Uma vez por semana       Uma vez por mês  
 Nunca

19. Você já fez ou faz sexo depois do uso de bebidas alcoólicas? \*

- Não                       Sempre  
 Algumas vezes       Nunca transei

20. Você já fez ou faz sexo depois do uso de outras drogas? \*

- Não                       Sempre  
 Algumas vezes       Nunca transei

21. Na sua opinião, fazer sexo após o uso de drogas (inclui álcool) torna mais difícil o uso da camisinha? \*

- Sim                       Não

## Parte 3 – Conhecimento sobre HIV/AIDS

A partir de agora, você responderá questões relacionadas ao seu conhecimento sobre HIV/AIDS!

22. Você já buscou informações sobre HIV/AIDS em algum destes meios? Indique qual(is). \*

(Você pode escolher mais de uma opção!)

- Internet                       Televisão  
 Folhetos ou Panfletos       Familiares  
 Amigos                           Trabalho  
 Serviços de Saúde             Igreja  
 Não ouvi ou li coisa alguma sobre HIV/AIDS  
 Outro: \_\_\_\_\_

23. As informações foram claras? \*

- Sim                       Não                       Mais ou menos

24. Você acredita que uma pessoa pode pegar o HIV: \*

- Através da picada de mosquito ou de outros insetos  
 Sim  Não  Não sei
- Vivendo na mesma casa com uma pessoa com HIV/AIDS  
 Sim  Não  Não sei
- Tendo relações sexuais com parceiros com HIV/AIDS, sem uso de camisinha  
 Sim  Não  Não sei
- Usando banheiros públicos  
 Sim  Não  Não sei
- Através de doação de sangue (utilizando material descartável)  
 Sim  Não  Não sei
- Através de vacinação (utilizando material descartável)  
 Sim  Não  Não sei
- Através de transfusão de sangue contaminado pelo HIV  
 Sim  Não  Não sei
- Através do sexo oral ou anal  
 Sim  Não  Não sei

25. Você acredita que: \*

- Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar HIV?  
 Sim  Não  Não sei
- Camisinha previne a transmissão do HIV?  
 Sim  Não  Não sei
- Pessoas que sempre usam camisinha e tem muitos parceiros sexuais, tem maior risco de pegar HIV?  
 Sim  Não  Não sei
- Uma pessoa pode ter o HIV mesmo não parecendo estar doente?  
 Sim  Não  Não sei
- Mulher grávida com HIV pode transmiti-lo para o seu bebê?  
 Sim  Não  Não sei
- Mulher com HIV pode transmiti-lo para o homem através da relação sexual sem camisinha?  
 Sim  Não  Não sei
- Existe cura para a AIDS?  
 Sim  Não  Não sei

#### Parte 4 - Comportamento Sexual

As perguntas abaixo se referem às práticas sexuais. Note que é muito importante que você dê sua opinião sobre as questões relativas ao sexo, mesmo se você nunca teve relações sexuais.

26. Você já iniciou sua vida sexual? \*

Sim       Não

27. Qual a sua idade quando teve a primeira relação sexual? (Responda apenas se sua resposta anterior foi "SIM"). \_\_\_\_\_

28. Você já conversou ou conversa com seus pais sobre sexo? \*

Sim       Não

29. Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST)? \*

Sim       Não       Não sei

30. Se sua resposta anterior foi "SIM", informe qual(is):

\_\_\_\_\_

31. Quantos parceiros você teve durante toda a vida? \* \_\_\_\_\_

32. Quantos parceiros você teve no último ano? \* \_\_\_\_\_

33. Quantos parceiros você teve no último mês? \* \_\_\_\_\_

34. Seu último parceiro(a) ou atual é: \*

Esposo(a) ou companheiro(a) regular       Namorado(a)  
 Parceiro(a) casual / ficante       Nunca tive parceiro(a)  
 Outro: \_\_\_\_\_

35. Seu último parceiro(a) ou atual é: \*

Do mesmo sexo que você       Do sexo oposto       Nunca transei

36. Nas últimas 5 relações sexuais, com qual frequência a camisinha foi usada com seu(ua) companheiro(a) regular? \*

Sempre (5 vezes em 5)       Frequentemente (4 vezes em 5)  
 Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)       Raramente (1 vez em 5)  
 Nunca (nenhuma vez das 5)       Nunca transei

37. Nas últimas 5 relações sexuais, com qual frequência a camisinha foi usada com seu(ua) parceiro(a) casual / ficante? \*

Sempre (5 vezes em 5)       Frequentemente (4 vezes em 5)  
 Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)       Raramente (1 vez em 5)  
 Nunca (nenhuma vez das 5)       Nunca transei

38. Você já esteve grávida ou engravidou a sua parceira? \*

Sim       Não       Estou grávida neste momento

39. Quantas vezes ocorreu a gravidez? \_\_\_\_\_

### Parte 5 - Intenção de adoção de comportamento sexual seguro

As perguntas abaixo referem-se ao seu comportamento sexual e nos dirá sobre sua intenção para adotar comportamentos sexuais seguros!

40. Você mudaria seu comportamento sexual diante da possibilidade de adquirir DST/HIV? \*  
 Sim       Não
41. Quantos parceiros sexuais você acha que alguém deve ter ao mesmo tempo? \*  
 \_\_\_\_\_
42. Na sua opinião, se deve negociar o uso da camisinha no momento da relação sexual? \*  
 Sim       Não       Não sei
43. Você conversa com seu parceiro sexual (esposo(a) ou namorado(a) ou ficante) sobre o uso da camisinha nas relações sexuais? \*  
 Sim       Não       Nunca conversei
44. Qual(is) método(s) contraceptivo(s) você acha importante para prevenir DST/HIV? \*  
 Camisinha       Pílula  
 Injeção       Outro: \_\_\_\_\_
45. Que método(s) contraceptivo(s) você usa ou pretende usar nas suas relações sexuais? \*  
 Camisinha       Pílula  
 Injeção       Outro: \_\_\_\_\_
46. Você acha importante procurar o serviço de saúde para buscar informações sobre DST/HIV? \*  
 Sim       Não       Não sei
47. Você procura o serviço de saúde para buscar informações sobre DST/HIV? \*  
 Sim       Não
48. Você tem intenção de realizar o teste rápido para HIV? \*  
 Sim       Não       Não sei

Muito obrigada pela sua participação!

**ANEXO A - INSTRUMENTO ONLINE – NA ÍNTEGRA**  
**Identificação da intenção de adoção de comportamentos sexuais seguros**

**Esse questionário faz parte de uma pesquisa que pretende avaliar se o adolescente adota ou tem intenção de adotar comportamentos sexuais seguros. Pense antes de responder, pois informações verdadeiras são importantes para que se alcance o objetivo da pesquisa. Tudo será confidencial/protegido!**

\* Pergunta Obrigatória

Data \* ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )

**Parte 1 – Características Pessoais**

1. Idade \* \_\_\_\_\_

2. Sexo \*

( ) Feminino                      ( ) Masculino

3. Cidade que você mora \* \_\_\_\_\_

4. Situação afetiva / erótica \*

( ) Tenho esposo(a) ou companheiro(a) regular      ( ) Tenho parceiro casual / ficante  
 ( ) Nunca tive parceiro(a)                                      ( ) Outro: \_\_\_\_\_

5. Escolaridade \*

( ) Ensino Fundamental                      ( ) Ensino Médio                      ( ) Ensino Superior

6. Escola que você estuda \* \_\_\_\_\_

7. Com quem você mora \*

( ) Moro com pai e mãe                      ( ) Moro somente com a mãe  
 ( ) Moro somente com o pai                      ( ) Moro com outro membro da família  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

8. Quantas pessoas moram com você na sua casa? (Contando com você) \* \_\_\_\_\_

9. Qual sua renda familiar? \* (O valor do salário mínimo é R\$ 678,00)

( ) 1-2 salários mínimos                      ( ) 2-3 salários mínimos  
 ( ) 3-4 salários mínimos                      ( ) Outro: \_\_\_\_\_

10. Você contribui com a renda da sua família? \*

( ) Sim                      ( ) Não

11. Se sua resposta anterior foi "SIM", com quanto você contribui? (Coloque apenas o valor. Por exemplo: 5,00) \_\_\_\_\_

12. Qual a sua religião? \*

( ) Católica                      ( ) Evangélica                      ( ) Espírita  
 ( ) Sem religião                      ( ) Outro: \_\_\_\_\_



## Parte 2 – Identificação de Comportamentos de Riscos

13. Você já usou ou experimentou alguma das substâncias abaixo no último ano? \* (Você pode escolher mais de uma opção!)

- Álcool                       Cigarro                       Nenhuma  
 Drogas (maconha, cocaína, crack, aranha, lança perfume, extase, etc)

14. Se marcou a opção "Drogas", informe qual(is) tipo(s) de drogas:

---

15. Você usa atualmente alguma das substâncias abaixo \* (Você pode escolher mais de uma opção!)

- Álcool                       Cigarro                       Nenhuma  
 Drogas (maconha, cocaína, crack, aranha, lança perfume, extase, etc)

16. Se marcou a opção "Drogas", informe qual(is) tipo(s) de drogas:

---

17. Com qual frequência você ingere bebidas alcoólicas? \*

- Todo dia                       Mais de uma vez por semana                       Uma vez por semana  
 Uma vez por mês                       Nunca

18. Com qual frequência você fuma? \*

- Todo dia                       Mais de uma vez por semana                       Uma vez por semana  
 Uma vez por mês                       Nunca

19. Com qual frequência você usa drogas? \*

- Todo dia                       Mais de uma vez por semana                       Uma vez por semana  
 Uma vez por mês                       Nunca

20. Você já fez ou faz sexo depois do uso de bebidas alcoólicas? \*

- Não                       Sempre                       Algumas vezes                       Nunca transei

21. Você já fez ou faz sexo depois do uso de outras drogas? \*

- Não                       Sempre                       Algumas vezes                       Nunca transei

22. Na sua opinião, fazer sexo após o uso de drogas (inclui álcool) torna mais difícil o uso da camisinha? \*

- Sim                       Não

## Parte 3 – Conhecimento sobre HIV/AIDS

A partir de agora, você responderá questões relacionadas ao seu conhecimento sobre HIV/AIDS!

23. Você já buscou informações sobre HIV/AIDS em algum destes meios? Indique qual(is). \*

(Você pode escolher mais de uma opção!)

- Internet                       Televisão  
 Folhetos ou Panfletos                       Familiares  
 Amigos                       Trabalho



28. Você já iniciou sua vida sexual? \*

Sim       Não

29. Qual a sua idade quando teve a primeira relação sexual? (Responda apenas se sua resposta anterior foi "SIM"). \_\_\_\_\_

30. Você já conversou ou conversa com seus pais sobre sexo? \*

Sim       Não

31. Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST)? \*

Sim       Não       Não sei

32. Se sua resposta anterior foi "SIM", informe qual(is): \_\_\_\_\_

33. Quantos parceiros você teve durante toda a vida? \* \_\_\_\_\_

34. Quantos parceiros você teve no último ano? \* \_\_\_\_\_

35. Quantos parceiros você teve no último mês? \* \_\_\_\_\_

36. Seu último parceiro(a) ou atual é: \*

Esposo(a) ou companheiro(a) regular       Namorado(a)  
 Parceiro(a) casual / ficante       Nunca tive parceiro(a)  
 Outro: \_\_\_\_\_

37. Seu último parceiro(a) ou atual é: \*

Do mesmo sexo que você       Do sexo oposto  
 Nunca transei

38. Nas últimas 5 relações sexuais, com qual frequência a camisinha foi usada com seu(ua) companheiro(a) regular? \*

Sempre (5 vezes em 5)       Frequentemente (4 vezes em 5)  
 Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)       Raramente (1 vez em 5)  
 Nunca (nenhuma vez das 5)       Nunca transei

39. Nas últimas 5 relações sexuais, com qual frequência a camisinha foi usada com seu(ua) parceiro(a) casual / ficante? \*

Sempre (5 vezes em 5)       Frequentemente (4 vezes em 5)  
 Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)       Raramente (1 vez em 5)  
 Nunca (nenhuma vez das 5)       Nunca transei

40. Você já esteve grávida ou engravidou a sua parceira? \*

Sim       Não       Estou grávida neste momento

41. Quantas vezes ocorreu a gravidez? \_\_\_\_\_

## Parte 5 - Intenção de adoção de comportamento sexual seguro

As perguntas abaixo referem-se ao seu comportamento sexual e nos dirá sobre sua intenção para adotar comportamentos sexuais seguros!

42. Você mudaria seu comportamento sexual diante da possibilidade de adquirir DST/HIV? \*  
( ) Sim ( ) Não

43. Quantos parceiros sexuais você acha que alguém deve ter ao mesmo tempo? \*  
\_\_\_\_\_

44. Na sua opinião, se deve negociar o uso da camisinha no momento da relação sexual? \*  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

45. Você conversa com seu parceiro sexual (esposo(a) ou namorado(a) ou ficante) sobre o uso da camisinha nas relações sexuais? \*  
( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca conversei

46. Qual(is) método(s) contraceptivo(s) você acha importante para prevenir DST/HIV? \*  
( ) Camisinha ( ) Pílula  
( ) Injeção ( ) Outro: \_\_\_\_\_

47. Que método(s) contraceptivo(s) você usa ou pretende usar nas suas relações sexuais? \*  
( ) Camisinha ( ) Pílula  
( ) Injeção ( ) Outro: \_\_\_\_\_

48. Você acha importante procurar o serviço de saúde para buscar informações sobre DST/HIV? \*  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

49. Você procura o serviço de saúde para buscar informações sobre DST/HIV? \*  
( ) Sim ( ) Não

50. Você tem intenção de realizar o teste rápido para HIV? \*  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

### **Parte 6 - Comportamento do Adolescente na Intenção de Doação de Sangue**

A partir de 2011, os adolescentes entre 16 e 17 anos podem doar sangue com o consentimento formal do responsável legal! Uma notícia muito boa que pode melhorar os números de doações de sangue no Brasil! Agora vocês podem ajudar o próximo!

51. Você conhece alguém da sua idade que já doou sangue? \*  
( ) Sim ( ) Não

52. Você conhece alguém que já doou sangue? \*  
( ) Sim ( ) Não

53. Você conhece alguém que já precisou receber sangue? \*  
( ) Sim ( ) Não

54. Você sabe onde (locais) pode-se doar sangue? \*

Sim       Não

55. Se a sua resposta anterior foi "SIM", qual(is) seria(m) o(s) local(is)?

---

56. Você tem intenção de doar sangue? \*

Sim       Não

57. Em relação ao seu comportamento, você diria que está apto(a) para ser doador(a) de sangue? \*

Sim       Não

58. O que você achou do questionário? \*

---

---

---

Muito obrigada pela sua participação!

## ANEXO B - VISUALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO NA FERRAMENTA GOOGLE DOCS

### Identificação da intenção de adoção de comportamentos sexuais seguros

Seja bem-vindo!  
 Esse questionário faz parte de uma pesquisa que pretende avaliar se o adolescente adota ou tem intenção de adotar comportamentos sexuais seguros.  
 Pense antes de responder, pois informações verdadeiras são importantes para que se alcance o objetivo da pesquisa.  
 Tudo será confidencial/protegido!  
 Vamos iniciar?  
 \*Obrigatório

**Data: \***

---

**Parte 1 - Características Pessoais**

**1. Idade \***

**2. Sexo \***

Feminino  
 Masculino

**3. Cidade que você mora \***

**4. Situação afetiva / erótica \***

Tenho esposo(a) ou companheiro(a) regular  
 Tenho parceiro casual / ficante  
 Nunca tive parceiro(a)  
 Outro:

**5. Escolaridade \***

Ensino Fundamental  
 Ensino Médio  
 Ensino Superior

**6. Escola que você estuda: \***

**7. Com quem você mora? \***

Moro com pai e mãe  
 Moro somente com a mãe  
 Moro somente com o pai  
 Moro com outro membro da família  
 Outro:

**8. Quantas pessoas moram com você na sua casa? (Contando com você) \***

**9. Qual sua renda familiar? \***  
 O valor do salário mínimo é R\$ 678,00

1-2 salários mínimos  
 2-3 salários mínimos  
 3-4 salários mínimos

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO – PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DE PROPOSTAS EDUCATIVAS PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV EM ADOLESCENTES e USO ISOLADO E COMBINADO DE TECNOLOGIAS

**Pesquisador:** Lydia Vieira Freitas

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21617413.5.0000.5576

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 466.420

**Data da Relatoria:** 11/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo do tipo avaliativo, no qual serão avaliadas diferentes estratégias educativas, buscando reconhecer qual delas possibilitará mais amplamente a adoção de comportamento sexual saudável entre os adolescentes. O estudo será realizado em escolas públicas de Fortaleza-CE. Os adolescentes de 15 e 16 anos de idade serão convidados a participar do estudo, e os que concordarem e obtiverem a autorização de seus pais serão incluídos, buscando a participação voluntária. Na primeira etapa do estudo serão analisados os sites educativos disponibilizados para adolescentes na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no site Adolec, que está disponível em [www.adolec.br](http://www.adolec.br). Paralelamente, será construído um roteiro com pontos a serem discutidos junto aos adolescentes em uma roda de conversa, que consistirá em uma estratégia educativa que será utilizada com um grupo de adolescentes. Cada escola receberá uma estratégia educativa diferente, de modo que uma escola receberá somente o site educativo, outra escola receberá a roda de conversa e a terceira escola receberá ambas as estratégias educativas. Os alunos das três escolas deverão preencher um formulário online sobre sua intenção de adoção de comportamento saudável, e segue-se a atividade educativa de cada escola.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Testar os efeitos do site educativo e o roteiro da roda de conversa sobre DST/HIV como

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3332-1391

E-mail: [refee@pessoas@unifob.edu.br](mailto:refee@pessoas@unifob.edu.br)

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 400.420

estratégia educativa para a prevenção de DST/HIV em adolescentes.

**Específicos:** Avaliar a aplicação de uma proposta educativa para prevenção de DST/HIV utilizando estratégias educativas de recursos de site educativo e roda de conversa de forma combinada e isolada; Identificar nos grupos de adolescentes os efeitos do uso isolado e combinado da intervenção educativa na prevenção de DST/HIV.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Não existem riscos biológicos decorrentes deste estudo. A roda de conversa, em específico, poderá trazer riscos de constrangimento aos adolescentes, devido aos tabus que envolvem a temática na sociedade.

**Benefícios:** Com o presente estudo, será possível identificar que estratégia educativa será mais eficaz para aumentar a intenção e adoção de comportamento sexual saudável, e se é mais eficaz o seu uso isolado ou combinado. Os adolescentes que participarem das estratégias também serão beneficiados no que diz respeito a aquisição de conhecimentos em curto prazo sobre a prevenção de DST/HIV.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e relevante para área da saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: Folha de rosto; TCLE; Termo de assentimento; Orçamento; cronograma; Currículo do pesquisador; currículo do orientador; instrumentos de avaliação; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 82.790-000

UF: CE Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: referiep-mox@unifob.edu.br



UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 400.430

REDENCAO, 25 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
Rafaela Pessoa Moreira  
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Telefone: (85)3332-1381

CEP: 62.796-000

Município: REDENCAO

E-mail: rafaelapessoa@unifab.edu.br