

**UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001  
Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção 1, 25/02/2002)



**COMPORTAMENTO SEXUAL E PREVENÇÃO DE HIV / AIDS EM**  
**ADOLESCENTES ESCOLARES:**  
**UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM SANTA CATARINA**

**INARA PINTO SAAVEDRA**

**LINHA DE PESQUISA: SAÚDE MATERNO INFANTIL E DO ADOLESCENTE**

**CANOAS / 2006**

**UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001  
Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção 1, 25/02/2002)



**COMPORTAMENTO SEXUAL E PREVENÇÃO DE HIV / AIDS EM**  
**ADOLESCENTES ESCOLARES:**  
**UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM SANTA CATARINA**

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil – RS, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**INARA PINTO SAAVEDRA**

**ORIENTADORA: PROFA. DR. LIGIA SCHERM ANN**

**CANOAS / 2006**

*Dedico este trabalho ao meu pai  
Wilson, meu mentor e herói, e a minha  
mãe Maria que me ensinou a amar a  
saúde pública.*

*Ás minhas filhas, Luciana e Marcela, sempre me estimulando e auxiliando;*

*Ás minhas colegas de trabalho Cleci, Sandra, Inês, Nara, Janete e Rúbia, companheiras na criação e aplicação da oficina;*

*Ás alunas do curso de psicologia, auxiliares na aplicação dos questionários e das oficinas;*

*Ao meu genro André, companheiro na digitação;*

*Aos gerentes da área de educação e de saúde da regional de Joaçaba/SC;*

*Aos estatísticos, Jucimar e Naomi, e principalmente aos adolescentes que participaram do projeto.*

*“Educar exige querer bem os educandos”.*

*Paulo Freire*

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação compõem-se de três partes: A primeira consiste no projeto de pesquisa que foi aprovado em outubro de 2004, a segunda é o relatório de trabalho de campo e a terceira parte apresenta os resultados em forma de artigo para os CADERNOS DE SAÚDE COLETIVA

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	5
LISTA DE FIGURAS .....	8
1 PROJETO DE PESQUISA.....	9
1.1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1.1 Objetivos .....	12
1.1.2 Geral .....	12
1.1.3 Específicos .....	12
1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
1.2.1 Epidemiologia.....	12
1.2.2 Educação em Saúde.....	17
1.2.3 Adolescência .....	19
1.2.3.1 Aspectos Físicos .....	19
1.3 MÉTODO.....	27
1.3.1 Tipo de Pesquisa.....	27
1.3.2 Seleção dos Sujeitos.....	27
1.3.3 Variáveis.....	27
1.3.4 Hipóteses .....	28
1.3.5 Instrumentos.....	28
1.3.6 Delineamento .....	28
1.3.7 Estudo Piloto .....	28
1.3.8 Procedimento de coleta de dados .....	28
1.3.9 Plano de Análise de Dados.....	29
1.3.10 Aspectos Éticos .....	29
1.4 CRONOGRAMA .....	30
1.5 ORÇAMENTO.....	30
1.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
APÊNDICES .....	35
ANEXOS .....	40
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	49
INTRODUÇÃO .....	50

<b>EQUIPE DE APOIO .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE APOIO.....</b>	<b>51</b>
<b>ESTUDO PILOTO.....</b>	<b>51</b>
<b>CONTROLE EXTERNO.....</b>	<b>52</b>
<b>POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....</b>	<b>52</b>
<b>PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>53</b>
<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>53</b>
<b>INTERVENÇÃO .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>59</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>61</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>62</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>63</b>
<b>INTERVENÇÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de casos de AIDS, segundo faixa etária e sexo .....	155
Figura 2: Percentual de casos de AIDS, segundo grau de instrução .....	166
Figura 3: Percentual de casos de AIDS, segundo categoria de exposição .....	166
Figura 4: Número de casos de AIDS por ano.....	177

# **1 PROJETO DE PESQUISA**

## 1.1 INTRODUÇÃO

A epidemia da AIDS tem trazido muitos desafios à sociedade, caracterizando-se como um dos mais graves e complexos problemas de saúde pública da atualidade. No Brasil, os indicadores epidemiológicos registram que o padrão de transmissão sexual da AIDS está mudando e essa mudança do perfil da epidemia no país, assim como no mundo, levou a novas demandas em relação às abordagens preventivas e assistenciais (ANTUNES, 1999; BRITO et al., 2001). Brito et al. (2001, p. 1) referem que “o aumento da transmissão por contato heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil”.

A velocidade da transmissão do HIV em uma sociedade depende do ritmo com que as medidas para diminuir a transmissão são adotadas e da efetividade das mesmas (ABIA, 1999). Sob esse enfoque, enquanto as estruturas de desigualdade social continuarem existindo, a disseminação da infecção pelo HIV continuará e persistirão as falhas criadas pela opressão, pelo preconceito e pela discriminação social e econômica que geram a exclusão social (PARKER, 1994).

Revisões da literatura, patrocinadas pelo Programa de AIDS das Nações Unidas (UNAIDS), concluíram que comportamentos saudáveis podem ser aprendidos. Indicaram também que programas efetivos podem ajudar a retardar o início da vida sexual, a prevenir doenças sexualmente transmissíveis e evitar gravidez indesejada entre os adolescentes sexualmente ativos (UNAIDS, 1997; SINGH; DARROCH, 1999); e que os investimentos em prevenção evitam sofrimento humano (UNAIDS, 2002)

A urgência da demanda por práticas preventivas produz campanhas massificadas de esclarecimento sem as necessárias reflexões teóricas sobre as mesmas. As práticas educativas são geralmente voltadas ao discurso médico-biológico. As ações de prevenção, baseadas em indicadores epidemiológicos e em normas para uma vida saudável com ênfase em mudanças comportamentais, produzem resultados, mas não têm sido capazes de impedir o avanço da doença e muitas vezes provocam reações contrárias ao autoritarismo do modelo biomédico. Nos últimos anos, observam-se mudanças nas práticas e estratégias de aproximação e nas modalidades de intervenção no mundo todo, visto que, apesar

das informações e do reconhecimento da necessidade do uso de preservativo, as práticas sexuais de risco continuam acontecendo (DAWSON; AGGLETON, 1999; LANCE, et al, 2004).

Uma das prioridades da pesquisa na prevenção do HIV/AIDS deve ser a avaliação dos estudos comportamentais e que abordam obstáculos sociais, culturais e de gênero (BARRETO, 2003). Mudar práticas sexuais é uma tarefa muito mais complexa do que oferecer informações sobre aspectos biológicos de transmissão do HIV e da evolução da AIDS (CAMPBELL, 1995; ANDRADE, 2002). Há que se destacar que o conhecimento sobre AIDS leva as atitudes favoráveis à adoção do sexo seguro, mas isso não significa necessariamente mudança de comportamento (SMITH, 1998).

Andrade (2002), estudando profissionais que trabalham com HIV/AIDS, conclui que o conhecimento é utilizado como instrumento de trabalho e não na vida pessoal, embora o enfoque central da educação sobre AIDS seja a transmissão de informações objetivas, as quais deveriam se traduzir em escolhas racionais para mudança de comportamento e redução do risco.

As opções da vida sexual de homens e mulheres são expostas à sociedade e analisadas à luz da epidemia e das estratégias para sua prevenção. Ou como refere Maria Luiza Loyola:

[...] tradicionalmente confinada à privacidade, aos espaços íntimos e fechados, a sexualidade se vê cada vez mais tornada pública. ligada ao amor e às emoções, a sexualidade torna-se hoje - e de forma aguda, num contexto marcado pela Aids - objeto de cálculo e de medidas racionais a ser socializado e mencionado por um discurso eminentemente público (LOYOLA, 1999, p. 35).

Portanto, a saúde coletiva tem como desafio a necessidade de incorporar novas abordagens teórico-metodológicas valorizando as dimensões do indivíduo, bem como suas representações sociais (SINGH; HIGGINS, 2003) Quanto mais existirem sujeitos excluídos e discriminados maior a possibilidade de infecção pelo HIV. Entre os grandes desafios que a AIDS tem apresentado, está a complexidade do ser humano enquanto ser social, cultural e afetivo, bem como o modelo assistencial e educacional em saúde (CZERESNIA et al., 1995; MADEIRA, 1998).

### **1.1.1 Objetivos**

#### **1.1.2 Geral**

Avaliar o comportamento sexual e de prevenção à infecção pelo HIV, em adolescentes de escolas públicas no município de Joaçaba – SC, e comparar as atividades educativas preventivas tradicionais com uma oficina interativa multidisciplinar.

#### **1.1.3 Específicos**

- Conhecer práticas sexuais e início de vida sexual dos alunos.
- Estudar conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com sexualidade e DST/AIDS dos alunos.
- Conhecer a utilização de preservativos (masculino e feminino) na prática sexual, verificando dificuldades e diferenças de gênero.
- Avaliar a eficácia do método tradicional de educação sexual na prevenção de DST e AIDS.
- Comparar educação tradicional com oficina interativa na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e HIV.

## **1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para a busca bibliográfica consultou-se o banco de dados em [www.medline.br](http://www.medline.br) [www.scielo.com](http://www.scielo.com) utilizando as seguintes palavras-chave: adolescentes, HIV, prevenção, educação em saúde e sexualidade.

### **1.2.1 Epidemiologia**

Desde o início da década de 80 até dezembro de 2003, o Ministério da Saúde notificou 310.310 casos de AIDS no Brasil. Desse total, 220.783 foram verificados em homens e 89.527 em mulheres (BRASIL, M.S., 2003). O número de casos de AIDS vem aumentando rapidamente e atingindo principalmente os jovens e as classes mais desfavorecidas da população (UNAIDS, 1997).

O conceito de “vulnerabilidade” tenta explicar maior ou menor possibilidade de infecção de determinado grupo desde os trabalhos pioneiros de Jonathan Mann (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993); e Parker e Camargo (2000) realizaram extensa revisão da literatura internacional e constataram diferentes vulnerabilidades à infecção através de fatores individuais sociais, econômicos e políticos em uma dada sociedade. Todos os fatores socioeconômicos identificados como estruturantes da vulnerabilidade estão presentes no Brasil:

[...] a grande desigualdade social, os movimentos migratórios internos, a submissão das mulheres, o desemprego, a desintegração social causada pelo crime organizado e pelo tráfico de drogas são considerados motores da epidemia (PARKER; CAMARGO, 2000, p. 10).

O aumento do número de mulheres contaminadas tem evidenciado as desigualdades de gênero, e conseqüentemente, aumentando o número de crianças contaminadas por transmissão vertical. Esse aumento de mulheres contaminadas mostra a “vulnerabilidade” das mulheres à infecção do HIV e se acentua nas mulheres mais jovens, pré-pubescentes e adolescentes nas quais a imaturidade do aparelho genital determina fragilidade frente ao HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Para mulheres um único ato sexual sem proteção com parceiro infectado representa risco de transmissão, que varia de 1% para HIV até 30% para herpes e 50% para gonorréia. Já nos homens as chances de transmissão são menores 0,9% para HIV, 30% para herpes genital e 25% para gonorréia (SCHOEBERLEIN; WOOLSTON; BRETT, 2000; BERMAN, 1999; C.D.C., 1998).

#### 1.2.1.1 A epidemia da AIDS no estado de Santa Catarina de 1984 a 2003

Desde os primeiros casos, em 1984, acumulam-se 9.766 casos em adultos (pessoas com 13 anos ou mais de idade), com uma taxa de incidência acumulada de 1,6 casos para cada 10 mil casos/ano dessa faixa etária no período de 1984 até 2003. As razões de masculinidade no início da epidemia são muito altas, diminuindo depois. Em 2001, foram 18 casos masculinos para cada 10 mulheres; em 2003, foram notificados 827 homens e 565 mulheres com total de 1.393 casos e uma razão de masculinidade 1,5 (BRASIL, M.S., 2003).

O fenômeno da “pauperização” da epidemia pode ser observado pela mudança do grau de escolaridade dos casos ao longo do período. Escolaridade

acima de 3 anos de estudo representa 94% dos casos até 1990. A partir de 1998, a categoria de menor de três anos de estudos passa a predominar. Em 2001, casos entre pessoas com menos de 3 anos de estudo representavam 46% dos casos no ano e 25% de todos os casos do período em Santa Catarina (BRASIL, M.S., 2001).

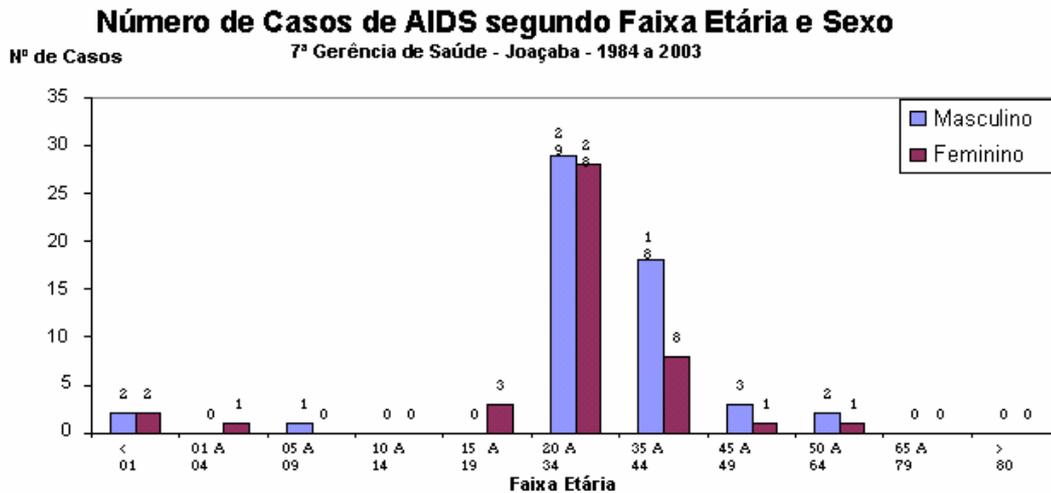
A “interiorização” da epidemia é percebida apesar da incidência nos municípios maiores, continuar aumentando, é nos municípios de menor população, que o risco de infecção passa a ser maior a partir de 2000.

Quanto à característica de exposição sexual, a maioria dos homens (69% dos casos válidos para a questão) declara manter relações sexuais só com mulheres, proporção que aumentou de 64%, no período 1984-1996, para 71%, no período 1997-2001; entre as mulheres, 97,5% declaram manter relações sexuais só com homens (BRASIL, M.S., 2001).

A principal categoria de exposição sexual é a heterossexual (43,2% dos casos: 72% entre mulheres e 30% entre homens), que sobe de 27,2% dos casos, no período de 1984-96, para 52,3%, no período de 1997-2001, com isso aumentando a contaminação de mulheres e a feminilização da epidemia. A segunda categoria de exposição mais freqüente é a hetero/droga (17,4%), entre os homens, essa categoria tem o dobro da proporção encontrada entre as mulheres (21% e 10% respectivamente). Seguem-se, em terceiro lugar, os usuários de drogas injetáveis (UDI), com 17% dos casos em homens e 7,4% em mulheres, sendo que os usuários de drogas injetáveis ocuparam, junto com a exposição heterossexual, o primeiro lugar entre as categorias de exposição no período 1984-1996, com 27% dos casos (BRASIL, M.S., 2001).

#### 1.2.1.2 A epidemia da AIDS na 7ª Gerência de Saúde - (Joaçaba) de 1984 a 2003

A regional de Joaçaba, situada no meio oeste catarinense, abrange 19 municípios e uma população de 174.657 habitantes. O primeiro caso de AIDS foi notificado em 1988. Até o final de 2003, a prevalência acumulada era de 91 casos (52,1 por 100.000 hab.), sendo 50 homens e 41 mulheres com uma razão de masculinidade de 1,2 (Figura 1).



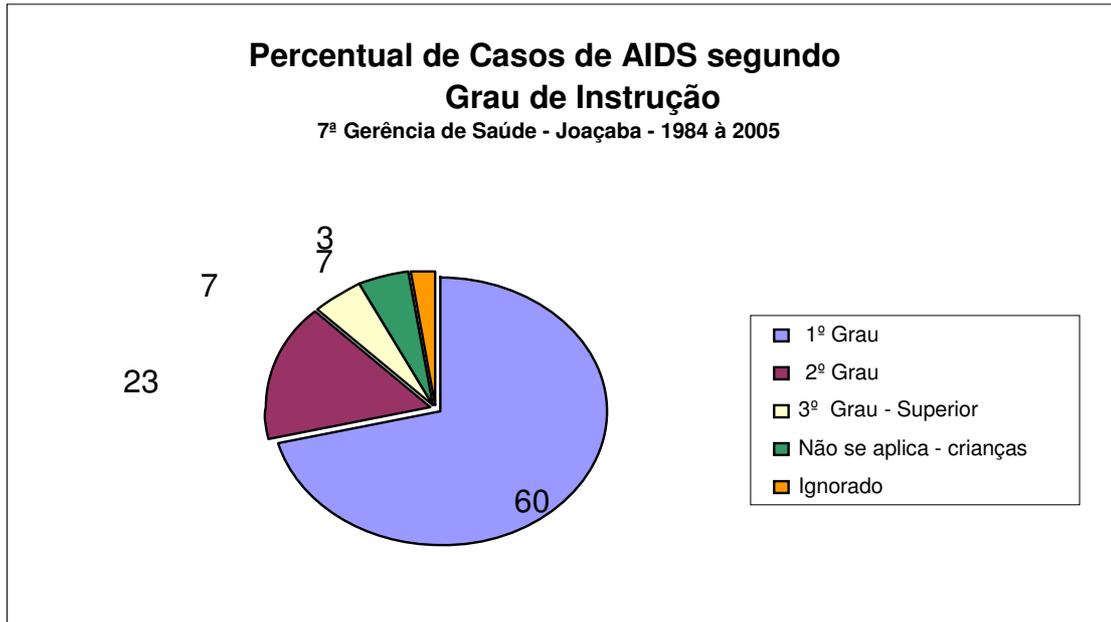
Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (BRASIL M.S,2003)

Figura 1: Número de casos de AIDS, segundo faixa etária e sexo

Observa-se três adolescentes do sexo feminino (15 a 19 anos) entre os casos e 29 homens e 28 mulheres com idade entre 20 e 34 anos, demonstrando a importância do trabalho preventivo com adolescentes.

No início, a epidemia da AIDS encontrava-se nos estratos sociais de maior escolaridade, e hoje encontra-se em progressiva disseminação para os de menor escolaridade, em ambos os sexos (FONSECA et al, 2000; FERNANDES et al, 2000; GUIMARÃES, 2000).

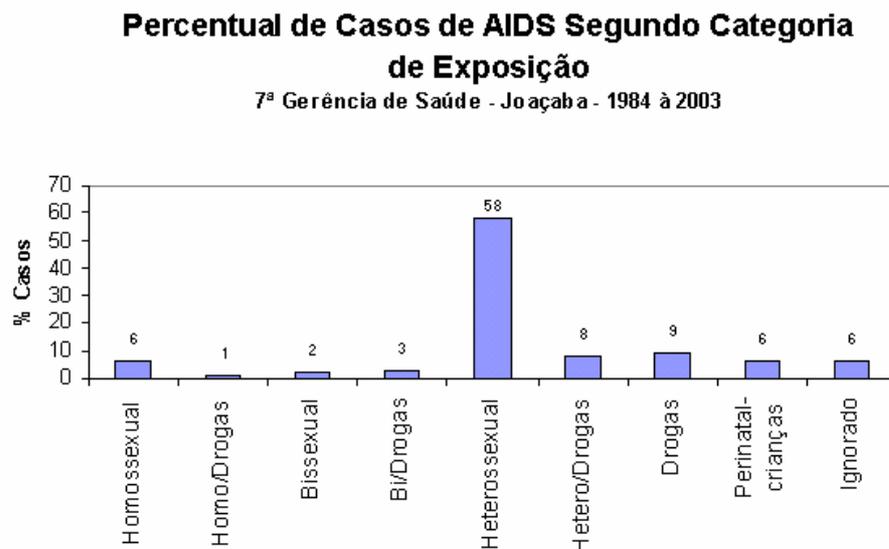
A figura 2 ilustra a distribuição da instrução entre os casos, onde se observa a proporção das categorias de escolaridade mais baixa. O primeiro grau é considerado, embora não tenha sido completado, o mesmo aplica-se ao segundo e terceiro graus de escolaridade.



Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (BRASIL M.S.,2003).

Figura 2: Percentual de casos de AIDS, segundo grau de instrução

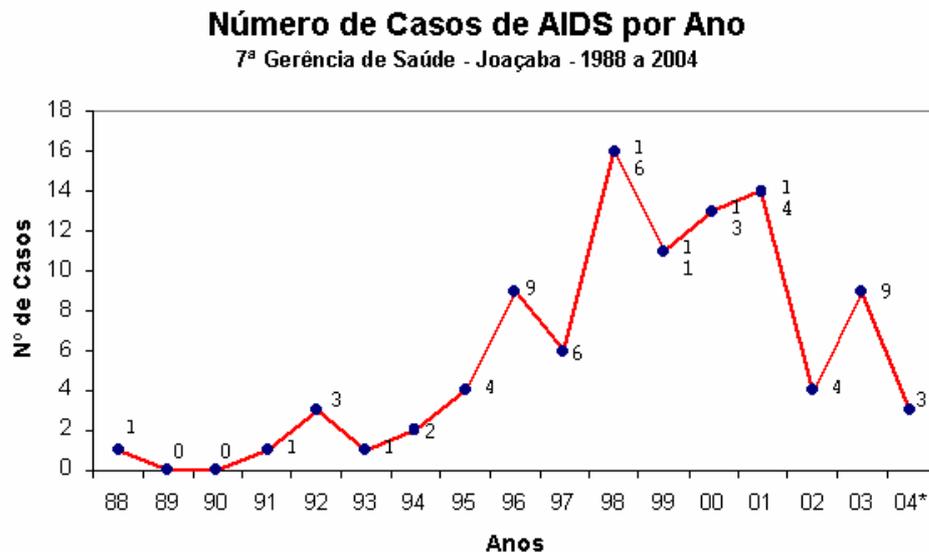
Analisando-se as características de exposição (figura 3), observa-se que a principal categoria de exposição é a heterossexual (58% dos casos), seguida dos usuários de drogas injetáveis (UDI) com 9% dos casos. Seguem como categoria de exposição hetero/droga (8% dos casos), homossexual (6%), transmissão perinatal (6%), transmissão bissexual (2%), bi/drogas (3%), homo/droga (1%) e ignorada (6%).



Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (BRASIL M.S., 2003).

Figura 3: Percentual de casos de AIDS, segundo categoria de exposição

A densidade de incidência pode ser observada na figura 4, que mostra a oscilação do número de casos novos no período.



\*Dados de 2004 até mês 06.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL M.S., 2004).

Figura 4: Número de casos de AIDS por ano

### 1.2.2 Educação em Saúde

As práticas educativas hegemônicas no campo de saúde são baseadas no modelo biomédico: a doença materializada num corpo biológico universal, atemporal. Entretanto, o ser humano é um ser social, cultural e afetivo. Além disso, o paradigma educacional com ênfase no saber do educador é vertical; e o processo educativo estruturado nestes moldes reforça os aspectos racionais e cognitivos e desconsidera o substrato afetivo da consciência que permite a construção de auto-estima. As atividades educativas, que exigem mudanças de atitudes desenvolvidas neste paradigma, podem ser percebidas como uma imposição de fora, levando a uma resposta contestatória ou pouco satisfatória (SIMÕES; BARBOSA, 2001).

Baseando-se nestas constatações, têm sido elaboradas práticas educativas que incorporam as múltiplas dimensões do ser humano e sua inserção social e cultural. Essas práticas educativas foram fortemente influenciadas por Paulo Freire, educador brasileiro internacionalmente conhecido, que postula: “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou sua construção” (FREIRE, 1996, p. 22). Para ele, a educação, enquanto processo transformador exige relação de igualdade entre educador e educando, onde ambos

aprendem e ensinam: “é a partir do saber fundamental: mudar é difícil, mas é possível, que vamos programar nossa ação política pedagógica” (FREIRE, 1996, p. 79). Para ter sucesso a ação educativa tem que estar centrada nesta certeza: mudar é possível.

Saúde e doença, vida e morte, percepção do corpo, dor e prazer são questões que envolvem uma complexa interação entre dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais em todos os grupos sociais (MINAYO, 1992). Assim, é necessária uma prática pedagógica que reconheça e englobe a natureza social, política e intersubjetiva da relação entre os sujeitos do processo: educador e educando.

Com estes princípios norteadores, podemos estabelecer bases para uma práxis de educação em saúde que integre as múltiplas dimensões do ser humano e sua inserção social, buscando, também, a interdisciplinaridade: integração dos saberes. Para tanto, pressupõe-se a existência de uma interface dos campos da saúde e da educação. Autores, como Goodman (1989) e Freire (1978), por exemplo, falam da impossibilidade de separação da dimensão perceptual – vivencial: o homem é um ser de práxis de ação e de reflexão.

No planejamento de atividades educativas e de conscientização, as modalidades metodológicas devem partir das necessidades dos próprios destinatários, ou seja, no caso dos adolescentes. Nesse contexto educacional, a vivência lúdica, considerada essencial no aprendizado informal, encontra espaço. Jogos de teatro (ou com regras), artes cênicas e plásticas, poesia, histórias podem ter lugar no processo educativo formal, visto que reproduzem ações, imaginações e fantasia. O psicodrama articula vários elementos técnicos e vivências como relações inter-humanas, no jogo de papéis do ato terapêutico, e o resgate da criatividade, bem como uma catarse ativa: somática, mental e espiritual (GREMBERG, 1977; MORENO, 1989).

Ao fazermos a opção pelo trabalho educativo com o adolescente, surge sempre a questão: Qual o melhor espaço para a realização destas práticas?

A importância da realização das atividades educativas, na escola, passa por duas reflexões, em primeiro lugar, a relação dos estudantes com a escola tem dois movimentos: um no sentido contrário às normas da instituição, de considerá-la espaço pouco interessante; e outro considerando a importância da escola e do aprendizado como meio de ascensão social. Em segundo lugar, a escola é também

um espaço de lazer, de convivência e de construção de relações de amizade ou afetivas: “a escola, enquanto instituição constitui-se na representação do aluno, como o local próprio e competente para a transmissão de conhecimentos considerados de valor científicos e por isso, sérios e corretos” (SILVA, 1998, p. 67).

### **1.2.3 Adolescência**

#### **1.2.3.1 Aspectos Físicos**

A adolescência é um momento de mudanças físicas, cognitivas e sociais. O termo vem do latim “*adolescere*”, que significa “*crescer para ficar adulto*”. Para que isto aconteça a glândula pituitária é estimulada pelo hipotálamo e libera hormônios (TIBA, 1997). Estes hormônios vão estimular outras glândulas endócrinas, como a tireóide, as supra-renais, os testículos e ovários. Os hormônios liberados estimulam o desenvolvimento sexual (androgênios, estrogênios e as progestivas) com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (GEWANSZNAJLER, 1994).

Os hormônios sexuais femininos e masculinos estão presentes nos homens e nas mulheres, a diferença é a proporção entre eles. Com o aumento de idade, a proporção de estrógenos em relação à testosterona aumenta no sexo feminino e diminui no sexo masculino. O crescimento nas meninas começa em torno dos 11 anos e dura cerca de 4,5 anos; nos meninos, dura o mesmo tempo, mas inicia cerca de dois anos após (aproximadamente aos 13 anos), estes números podem variar bastante, e esta variação pode influir muito nos aspectos psicológicos dos adolescentes (BECKER, 1996).

O desenvolvimento sexual é diferente entre os sexos: os meninos apresentam aumento dos testículos e do saco escrotal a partir dos 12,5 anos, com surgimento dos pêlos pubianos, seguidos, em cerca de dois anos, dos axilares e faciais. A mudança do tom de voz pode ser abrupta ou gradual, a laringe (Pomo de Adão) aumenta e as cordas vocais dobram de comprimento (GARN, 1999).

No sexo feminino, o desenvolvimento sexual pode iniciar por lanugos (pêlos finos) na área pubiana ou pelo desenvolvimento dos seios. Após, surgem pêlos finos também nas axilas e aumenta a secreção de estrógenos (hormônios femininos). Cerca de um ano após, o útero e vagina crescem rapidamente e os lábios vaginais e o clitóris aumentam. Quando inicia a menstruação (menarca), o crescimento vai

diminuindo. Geralmente, no primeiro ano pós-menarca, a menina não pode engravidar e os meninos podem iniciar a vida sexual antes de serem capazes de produzir espermatozóides vivos, todavia, existem estudos que mostram que pode haver exceções (NEWCOMB, 1999).

A variação de desenvolvimento dentro da mesma faixa etária pode trazer sofrimento e preocupação para o adolescente e seus familiares, mas são perfeitamente normais. A menarca pode variar de 9 até 16,5 anos, enquanto a maturação do pênis pode estar completa aos 13,5 anos em alguns meninos e, em outros, somente aos 17 anos ou mais. Estas variações podem estar relacionadas a fatores genéticos e nutricionais e também a fatores psicológicos, como conflitos familiares e ausência paterna (XAVIER, 1999).

#### 1.2.3.2 Aspectos Psicológicos e Sexualidade da Adolescência

O adolescente está atravessando um período de transição de identidade com conflitos e sentimentos internos, o qual não sabe administrar. Neste processo de desenvolvimento, freqüentemente, entra em choque com a família e busca identidade no grupo de iguais. As alterações de humor, dramaticidade, ambivalência, instabilidade e a grande paixão são características dos adolescentes (GUTIERRA, 2003).

Nesta fase, o adolescente enfrenta perdas importantes e tem que elaborar três lutos essenciais: o luto pela perda do corpo infantil; o luto pela perda do papel infantil e o luto pela perda dos pais da infância. Este processo, além de doloroso, produz sentimentos de ansiedade e depressão (ABERASTURY, 1990).

Ana Freud (1958), ao estudar adolescência, considera que o limite entre o normal e o patológico nesta fase é muito difícil de ser estabelecido e considera que toda a comoção neste período pode ser considerada normal e seria anormal um equilíbrio estável durante o processo da adolescência.

De acordo com Knobel (1981, p. 29), a sintomatologia que integraria esta síndrome de adolescência normal

Deliberadamente aceito a contradição que significa associar síndrome, que implica entidade clínica, com normalidade, que significaria estar fora da patologia. Entretanto, o convívio social e nossas estruturas institucionais fazem-nos ver que as normas de conduta estão estabelecidas, planejadas e regidas pelos indivíduos adultos da sociedade...e creio eu que devemos, estar capacitados para observarmos a conduta juvenil como algo

que aparentemente é seminormal ou semipatológica, mas que, entretanto, frente a um estudo mais objetivo, desde o ponto de vista da psicologia evolutiva e da psicopatologia aparece realmente como algo coerente, lógico e normal.

Algumas características da síndrome da adolescência normal:

Busca de si mesmo e da identidade: as ansiedades básicas começaram a ser elaboradas desde o nascimento, em um processo psicológico, que levará o indivíduo até a maturidade. Na adolescência, o amadurecimento genital, junto com a reativação das etapas pré-genitais, irá definir a evolução libidinal, que, integrada aos processos psicológicos básicos de dissociação, projeção, introjeção e identificação, construirá, aos poucos, a personalidade, ou seja, a individualização. Os conflitos e incertezas das crianças são cristalizados em caráter e personalidade adulta, ao que Erikson (1972) definiu como identidade egóica, entidade pessoal.

O esquema corporal é a representação mental que o indivíduo tem de seu próprio corpo e é resultado de suas experiências desde os primeiros movimentos de dissociação, projeção e introjeção. Na adolescência, a mudança do esquema corporal e os processos do luto pelo corpo infantil perdido são bastante característicos (ABERASTURY, 1990).

O auto conhecimento vai sendo adquirido na integração com conceitos que pessoas, grupos e instituições têm a respeito dele mesmo e dos valores que constituíam o ambiente social. Para Erikson (1972), a dificuldade da identidade consiste na capacidade do ego de manter a semelhança e continuidade frente a um destino notável, um processo psicossocial do indivíduo.

Nesse processo de identificação, o adolescente pode achar a dupla identificação em grupos, onde todos identificam-se com cada um. Pode haver uma identificação negativa com figuras reais que são mais fáceis de encontrar do que identificações positivas, então o adolescente freqüenta as turmas de delinqüentes, usuários de drogas, etc. A necessidade da conquista de uma identidade pode levar a uma identificação projetiva. Um dos estímulos pode ser a inveja, um dos sentimentos presentes desde a infância, quando o bebê pode invejar o peito materno que não o satisfaz e desejar a sua destruição (ROSENTAHAL et al, 2001). Segundo a teoria de Klein (1964), esse sentimento negativo pode causar também inveja dos atributos masculinos ou femininos, o que dificulta a identidade sexual e a solução do processo edípico do adolescente. Também pode ocorrer a identificação com o agressor, onde adolescente adota características de quem o agrediu ou agiu contra ele.

As identidades transitórias: são aquelas adotadas durante certo tempo, como por exemplo: o período de machismo no rapaz e da sedução precoce da moça; a do adolescente bebê ou adolescente muito adulto; as identidades ocasionais são as que se dão frente a situações novas, como, por exemplo, no primeiro encontro com um parceiro, o primeiro baile, etc. e as identidades circunstanciais que conduzem a identificações parciais transitórias e que costumam confundir o adulto (KNOBEL, 1981).

Pode ocorrer, devido a tantas mudanças fisiológicas, um desconformismo com a própria identidade que se projeta no organismo. O processo de luto necessita tempo para ser elaborado. A integração do ego necessita a elaboração do luto em partes de si mesmo. Para a criação de mundo interior é necessária uma relação satisfatória com os pais internalizados. Desse modo, a mudança da relação com os pais é essencial na construção da identidade adolescente, assim a separação dos pais começa a ser necessária para o processo de individualização. As figuras parentais internalizadas fortalecem o ego, reforçam seus mecanismos de defesa, estruturam o superego para as necessárias características da vida sexual, agora, biologicamente possível (MADEIRA, 1998).

Tendência Grupal: a uniformidade produz segurança e a estima pessoal é conseguida na unidade do grupo. A separação do grupo torna-se difícil, às vezes, no grupo, está o reforço necessário às mudanças do ego desta fase de vida. Também, o grupo e seus integrantes representam a oposição às figuras parentais e ajudam a criar uma identidade diferente à do meio familiar (CORSO; CORSO, 1999).

No grupo, muitas vezes, o adolescente submete-se a um líder ou ele mesmo assume a liderança para exercer o papel de pai ou mãe. A utilização de mecanismo de defesa esquisoparanóide é favorecida no grupo e o adolescente pode agir como se a sua personalidade estivesse de fora, sente-se irresponsável pelo que acontece ao seu redor. O grupo facilita uma conduta psicopática normal, a qual pode se manifestar como atitudes de crueldade, falta de responsabilidade, indiferença, etc. A diferença para a patologia é que, no psicopata, estas condutas são permanentes e cristalizadas (RASSIAL, 1999)

Participar do grupo é a transição necessária nesse processo de conquista da individualização. Por enquanto, a uniformidade faz com que se sintam mais estimados e seguros; se passar por algum fracasso e, por conseqüência, grande

sofrimento, recorre ao grupo para se sentir reforçado em sua identidade (BECKER, 1999).

Necessidade de intelectualizar e fantasiar: a necessidade de renunciar ao corpo infantil, ao papel infantil e aos pais da infância, bem como da bissexualidade que acompanha a infância, leva o adolescente a intelectualizar e fantasiar estas perdas tão dolorosas. Segundo Ana Freud (1958), a intelectualização e o ascetismo são manifestações defensivas essenciais da adolescência. O ascetismo coloca limites por meio de proibições e a intelectualização liga fenômenos instintivos e ideativos para controlá-las. Para Aberastury e Knobel (1990), a relação com o mundo interior serve para teorizações no mundo exterior e permite defender-se das mudanças incontrolláveis e do próprio corpo. O adolescente pode realizar manifestações culturais e políticas.

As crises religiosas: o adolescente pode apresentar diversos posicionamentos religiosos, desde o fanatismo místico ao ateísmo absoluto, que podem mudar rapidamente para tentar solucionar a conquista do ego na busca de identificações positivas e consolo pela perda definitiva de parte do ego corporal. A divindade de qualquer tipo de religião pode representar a saída mágica (RODULPHO, 1999).

A deslocalização temporal: o adolescente converte o tempo em presente e ativo. As urgências são enormes e, às vezes, irracionais. Para Knobel (1981), o adolescente especializa o tempo para poder manejá-lo, transformá-lo em objeto. À medida que vai elaborando as lutas, a dimensão temporal vai sendo também elaborada. Segundo este autor, “talvez a busca da identidade adulta do adolescente esteja estreitamente vinculada com a sua capacidade de conceituar o tempo” (KNOBEL, 1981, p. 45).

Evolução sexual: do auto-erotismo até a heterossexualidade. Segundo Sigmund Freud (1905-1972), em sua teoria da sexualidade infantil, existe zonas de localização de energia sexual (libido) também chamadas zonas erógenas. São cinco etapas nos primeiros anos de vida: a primeira etapa é a fase oral, que vai do nascimento ao segundo ano de vida e sua zona erógena é a boca. A criança sente prazer no sugar, comer e beber (oral passivo) quando surgem os dentes, obtém prazer mordendo, é o estágio oral sádico.

A fase anal começa no final do segundo ano. A fonte de prazer desloca-se ao final do tubo digestivo: o ânus. O prazer é reter ou eliminar as fezes.

A terceira fase é a fase fálica, quando a criança se interessa pelos órgãos genitais. Surge a preocupação com a diferença entre os sexos e o narcisismo infantil. O ego começa a controlar o princípio do prazer. Esta fase dura dos quatro aos seis anos de idade. É nesta fase que surge o complexo de Édipo, onde o menino sente-se atraído pela mãe e a menina pelo pai e desejam afastar o progenitor do mesmo sexo como rival.

A atividade masturbatória na primeira infância tem uma finalidade exploratória e preparatória para a futura aceitação da genitalidade (ABERASTURY, 1990).

A fase de latência dura dos seis aos onze, doze anos e caracteriza-se pela diminuição dos impulsos sexuais que irão ressurgir na adolescência (FERREIRA, 1995).

O adolescente busca parceiros de maneira intensa. Os carinhos, no início, mais tímidos e superficiais, preenchem a vida do adolescente. Pode surgir o amor apaixonado, com vínculos intensos, porém frágeis (DUARTE, 1998).

Na perda do corpo infantil, depara-se com uma questão de impotência frente a modificações das quais parece que não participa e confronta-se com a questão básica da sexualidade, perdendo a bissexualidade infantil, vendo-se na obrigação de desempenhar o papel do homem ou mulher de acordo com os modelos sociais e com referência nas figuras parentais (D'ANDREIA, 1998).

O adolescente pode passar por períodos de homossexualidade, sendo a expressão de projeção da bissexualidade perdida e desejada em outro indivíduo do mesmo sexo. Tanto nesta homossexualidade normal e transitória, como na atividade genital prévia e genital preparatória para a genitalidade procriativa, o processo masturbatório está presente desde a infância precoce até a adolescência avançada. (DIETRICH, 1992)

Segundo Erikson (1972), o exercício pleno da capacidade libidinal define a genitalidade adulta. Para que isto aconteça entram em jogo todos os elementos remanescentes de todas as etapas do amadurecimento psicosssexual, com a culminação no nível genital com outro indivíduo do sexo oposto, deixando implícita a capacidade da procriação e se, assim, as condições socioeconômicas da realidade permitam, assumir papéis adultos correspondentes.

Atitude social reivindicatória: as atitudes combativas e reivindicatórias dos adolescentes já foram comentadas: questionam tudo que é convencional, querem

transformar a sociedade que não serve, que os discrimina; o modismo no jeito de se vestir, no corte de cabelos, no gosto musical, a linguagem. Mas nem todo este processo depende só do adolescente. Os pais sentem-se também angustiados revivendo seus próprios temores, como a perda do poder: já não conseguem influenciar o filho como quando criança, agora, são criticados, questionados, perdem seu papel de ídolo, de autoridade (MELMAN, 1999).

O adolescente tenta modificar a sociedade e o adulto projeta no jovem a sua dificuldade de lidar com as mudanças sociais, o seu envelhecimento, a solidão e a morte. A tecnificação da sociedade, as diferenças sociais e uma economia mal dirigida cria um ambiente social propenso às crises de caráter psicológico da adolescência. Os jovens sentem a necessidade de mudanças sociais que podem ser catalisadas para aventuras destrutivas, patológicas. O adolescente pode sentir que mundo é hostil e cheio de proibições e de exigências (MARQUES; CRUZ, 2000)

A onipotência do adolescente que, em última instância, leva-o a viver situações de risco pode projetá-lo a aventuras destrutivas e perniciosas, como uso indevido de drogas, práticas sexuais de risco (SHOEBERLEIN; WOOLSTON; BRETT, 2000).

Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta: o adolescente, por ter uma estrutura de ego fragilizada, funciona como um espelho, à patologia social. Os grupos de adolescentes que se tornam agressivos e violentos (ganges) são reflexos do desajuste, injustiça e desarmonia social. Essas contradições dificultam a elaboração dos lutos típicos e caracterizam a identidade de adolescente (GUTIERRA, 2003)

Separação progressiva dos pais: “a adolescência é o momento de ruptura, com a posição própria da infância, de ser uma possessão dos pais” (CORSO; CORSO, 1999, p. 83). O adolescente está invisível, cada vez menos em casa ou, se estiver, trancado no quarto, ao telefone, ouvindo música. E, quando pais e filho se encontram, é aquela explosão. A desidealização dos pais reais deixa o adolescente frente a pais que não o entendem, os conflitos em casa giram em torno da escola, tarefas domésticas, horário de chegada, namoro, amigos, roupas, etc. O adolescente rebelde-se, não é compreendido e passa cada vez mais tempo fora de casa, diminuindo a convivência com o grupo familiar (BENETTI, 1990).

Os pais, antes, super liberais, tornam-se falhos e com valores ultrapassados. E a ruptura com eles é necessária para o seu crescimento, mas também é dolorosa

(ABERASTURY, 1990). O conflito edipiano aflora com mais intensidade e o adolescente, bastante ansioso, tem necessidade de afastar-se dos pais.

A ambivalência dual, já referida, faz com que muitos pais se espelhem na imagem do filho crescido e vejam refletidas suas verdadeiras faces, envelhecidas. Podem sentir inveja da sua criatividade, de sua paixão e sentem ciúmes do que a vida tem a oferecer a estes jovens (CORSO; CORSO, 1999)

Em meio a esta turbulência, com ambas as partes temerosas e inseguras, as relações desenvolvem-se em clima tenso. A elaboração destes conflitos vai depender do tipo e qualidade da relação com as figuras parentais desde a infância (COSTA, 1997).

Os adolescentes que não mostram rebeldia e onde os conflitos parecem não existir são os mais preocupantes. Podem estar sufocados pelo peso do autoritarismo ou por chantagem emocional, que trabalha com mensagens subliminares, gerando no indivíduo sentimentos de culpa e dependência (GIDDENS, 1991).

Flutuações de humor e de estado de ânimo: a ansiedade e a depressão são companheiras do adolescente, e a elaboração dos lutos da adolescência vai influenciar na qualidade e quantidade destes sentimentos. Apresenta alterações de humor, drama, ambivalência, instabilidade e grandes paixões (CAPLAN, 1973). O ego realiza tentativas de conexão prazerosa ou, às vezes, desprazerosa com o mundo. Como nem sempre consegue, o adolescente pode refugiar-se em si mesmo e no mundo interno que foi formado durante a sua infância. Por isso, elabora e reconsidera constantemente suas urgências e seus fracassos (RUFFINO, 1999).

O medo do desconhecido e a fuga das situações novas fazem com que apresente comportamentos infantis como uma maneira de voltar a uma situação passada, conhecida e protegida.

As doenças sexualmente transmissíveis inclusive a AIDS, e a gravidez na adolescência constituem-se em importantes problemas de Saúde Pública que podem ser prevenidos através de atividades educativas (KIRBI, 2002; ROBIN, 2004). Por todas estas características específicas do período da adolescência percebemos a importância de ações educativas preventivas e a avaliação de intervenções preventivas multidisciplinares focadas na adolescência.

## **1.3 MÉTODO**

### **1.3.1 Tipo de Pesquisa**

Estudo de intervenção, de caráter quantitativo, realizado em três escolas de ensino médio do município de Joaçaba – SC, divididas aleatoriamente em dois grupos: intervenção e controle. Entre as escolas será sorteada uma que receberá a intervenção.

### **1.3.2 Seleção dos Sujeitos**

A amostra constará de todos os alunos das três escolas estaduais de ensino médio do município de Joaçaba, suas idades variam entre 12 e 19 anos. Os alunos da escola sorteada receberão a intervenção (Oficina Interativa – Apêndice A).

### **1.3.3 Variáveis**

- Variáveis sócio demográficas - estado civil, idade, nível de escolaridade, profissão do chefe da família, religião.
- Variáveis dependentes
  - Práticas Sexuais - números de parceiros (regulares ou casuais) uso de preservativos.
  - Percepção de auto-eficácia - sente-se capaz de se proteger e dificuldade de usar ou obter camisinha, impressões a esse respeito.
  - Capacidade de comunicação sobre sexo - sente-se capaz de conversar sobre esses assuntos.
  - Educação sexual e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis.
  - Abuso sexual.
- Variável independente
- Intervenção: sexo e séries

### **1.3.4 Hipóteses**

- Ho: Não existem diferenças entre a prática de educação sexual tradicional e a oficina interativa no comportamento sexual e prevenção de HIV.

- H1: A oficina interativa tem eficácia superior a pratica educação sexual tradicional no que se refere ao comportamento sexual e prevenção de HIV.

### **1.3.5 Instrumentos**

Serão feitas duas aplicações de um mesmo questionário com todos os alunos das escolas, respeitando um intervalo entre eles de 6 meses. O questionário será baseado no trabalho: Adolescentes e DST/AIDS – Pesquisa formativa em um estudo de intervenção – coordenado pelo professor Jorge Beria (1998) (Anexo A).

O questionário auto-aplicado será realizado em sala de aula.

Além das instruções constantes no instrumento, um manual será lido pelo entrevistador antes do preenchimento. Em seguida, cada adolescente colocará o questionário em um envelope que estará sobre a mesa do professor.

Após a aplicação do primeiro questionário, os alunos da escola sorteada participarão das oficinas interativas.

### **1.3.6 Delineamento**

Estudo experimental com grupo controle e grupo de intervenção com uma medida pré-intervenção e uma medida após seis meses.

### **1.3.7 Estudo Piloto**

Será realizado um estudo piloto em adolescentes voluntários para adequar o instrumento à realidade regional.

### **1.3.8 Procedimento de coleta de dados**

- Contatar com a Secretaria Estadual da Educação e com a direção das escolas solicitando o consentimento para a pesquisa.

- Solicitar autorização dos pais ou responsáveis dos menores de 18 anos e autorização dos alunos maiores de 18 anos.
- Realizar um estudo piloto com adolescentes voluntários para adequação do questionário.
- Aplicar questionários: o questionário auto-aplicado será realizado em sala de aula.
- Após o preenchimento, cada adolescente colocará o questionário em um envelope que estará sobre a mesa do professor. O professor não estará presente.
- Realizar oficinas interativas na escola sorteada. A oficina será baseada num modelo de redução de risco para AIDS (CATANIA, 1990), conforme programa detalhado (Apêndice 1).
- Reaplicar os questionários após seis meses.

### **1.3.9 Plano de Análise de Dados**

Os questionários serão revisados e codificados logo após as entrevistas. Os dados serão analisados com programa estatístico *SPSS for Windows*, utilizando sexo e série escolar como unidade de análise. Na análise estatística será utilizado o teste *t de Student* para variáveis quantitativas, o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para variáveis nominais e análise multivariada. O nível de significância adotado será de 5%.

### **1.3.10 Aspectos Éticos**

O trabalho será encaminhado ao comitê de ética da ULBRA para aprovação e todos os participantes assinarão um consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa. Os alunos menores de 18 anos trarão o consentimento assinado pelos pais e (ou) responsáveis.

## 1.4 CRONOGRAMA

Atividades	PERÍODO																			
	jun/04	jul/04	ago/04	set/04	out/04	nov/04	dez/04	jan/05	fev/05	mar/05	abr/05	mai/05	jun/05	jul/05	ago/05	set/05	out/05	nov/05	dez/05	
Escolha dos temas-objetivos	■																			
Revisão bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Entrega do projeto					■															
Avaliação do comitê de ética												■								
Estudo piloto						■			■											
Aplicação do questionário												■							■	
Realização da oficina												■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análise dos dados												■	■	■	■	■	■	■	■	■
Redação da dissertação																				■
Defesa																				■

## 1.5 ORÇAMENTO

Material Didático	R\$ 1.000,00
Transporte	R\$ 600,00
Materiais Oficinas	R\$ 900,00
Revisão Bibliográfica	R\$ 700,00
Recursos Técnicos	R\$ 1.000,00
<b>Total</b>	<b>R\$ 4.200,00</b>

Obs.: os custos da execução deste projeto serão por conta da mestranda.

## 1.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A., in: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ANDRADE, S M. *O saber e a prevenção no trabalho e na vida. Psicologia, ciência e profissão*, 22(2), 60-69, 2002.

ANTUNES M.C. *Influência das normas de gênero na prevenção de AIDS: Avaliando um modelo educativo para jovens*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). *A resposta brasileira ao HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 1999. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 01/09/2004

BARRETO, M.L.A. *A pesquisa em saúde coletiva no Brasil*. Scientific Electronic Library Online, mar. /abr. 2003.

BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. *Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.16, p.65-76, 2000; S.1.

BECKER, A.L. et al. "Aborrescência", de quem? In: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. 2ª edição. Artes Ofícios, p.105-112, 1999.

BECKER, D. *O que é adolescência*. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BENETTI, R.G. *Adolescência*. Nota de Psicologia. São Paulo: Ed. Paulinas, 1990.

BERIA, J. *Adolescentes e DST/AIDS: pesquisa formativa em um estudo de intervenção*. In: *Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo, 1998.

BERMAN, S.M., HEIN K., *Adolescents and STDs*. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1999: 129-142. Disponível na Internet em:<<http://www.medscape.com>> Acesso em julho de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados de AIDS no Brasil*. Boletim Epidemiológico. Disponível na Internet em: <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/boletim>>; 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados de AIDS no Brasil*. Boletim Epidemiológico. Disponível na Internet em: <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/boletim>>. Acesso em: dezembro 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados de AIDS no Brasil*. Boletim Epidemiológico. Disponível na Internet em: <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/boletim>>. Acesso em: julho 2004.

BRITO, A. M. et al. *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil, na epidemia multifacetada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.34, n.2, 2001.

CAMPBELL, C. A. *Male gender roles and sexuality: implications for women's Aids risk and prevention*. *Soc Sci Med* 1995; 41:197-210.

CAPLAN, N.; NELSON, S. D. *The nature and consequences of psychological research on social problems*. *American Psychologist* 1973; 3:199-211.

CATANIA, J. A.; KEGELES S. M.; COATER, T. J. *Towards and understanding of Risk behavior; and AIDS risk reduction model (ARRM)*. *Health Educ Q* 1990; 17:53-72.

CENTER for DISEASE CONTROL and PREVENTION. *Trends in sexual risk behaviors among high school students – United States, 1991- 1997*. *MMWR* 1998;47: 749-752.

CORSO, M.; CORSO, D. L. et al. *Game Over in Adolescência entre o passado e o futuro*. Porto Alegre 1999: Artes Ofícios 2ª ed.

- COSTA, M. *Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento*. 10 ed. Porto Alegre: L&PM, 1997.
- CZERESNIA, D. et al. (Org.). *AIDS: ética ciência e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- D'ANDREIA, F.F. *Desenvolvimento da personalidade*. 9.ed. São Paulo: Betrand do Brasil, 1989.
- DAWSON, G.; AGGLETON, P. *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS (a review)*. Geneva: UNAIDS, 1999.
- DIETRICH, A. Q. D. *SEXUALIDADE*. São Paulo: Saraiva, 1992.
- DUARTE, A. *Gravidez na adolescência: ai, como eu sofri por te amar*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1998.
- ERIKSON, E. H. *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro Zahar Editores, 1972.
- FERNANDES, A.M.S. et al. *Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.16, p.103-112, Supl. 1. 2000.
- FERREIRA, B.W. *O Cotidiano do Adolescente*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- FONSECA, M.G. et al. *Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.16, p.77-87, Supl. 1. 2000.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1996.
- FREUD, A. *Adolecence*. The pscho and study of the child 13:225-227, 1958.
- FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: S. Freud. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. 1972 (original publicado em 1905).
- GARN, S. M. *Human erowth annual review of anthropology- 9*, p275-292. in: Nora Newcomb. *Desenvolvimento Infantil, Abordagem de Mussem*, Porto Alegre : Artmed 1999
- GEWANNSDSZNAJDER, F. *Sexo e Reprodução*. São Paulo: Ática, 1994.
- GIDDENS, A. *Modernity and Self- Identity: Self and Society in: Late Modern Age*. Stanfort: Stanfort University Press, 1991.
- GOODMAN, K. S. *Lenguaje Integral*. Mérida:Ediciones Venezolanas, 1989

- GREMBERG, I. A. *Fundamentos e Normas del Psicodrama*. Buenos Aires: Ediciones Hormé, 1977.
- GUIMARÃES, M.D.C. *Estudo temporal das doenças associadas à Aids no Brasil, 1980-1999*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.16, p.21-36, 2000. S.1.
- GUTIERRA, B. *Adolescência, Psicanálise e Educação*. São Paulo: Avercamp, 2003.
- KIRBY, D. *The Impact of Schools and School Programs Upon Adolescent Sexual Behavior*. The Journal of Sex Research Volume 39, Number 1, February 2002: pp.27-33.
- KLEIN, M. *El Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Hormé, segunda edição 1964.
- KNOBEL, M. *A síndrome da adolescência normal*. In: Aberastury, A. & Knobel, M.. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas(1981).
- LANCE S. Weinhardt, et al. in: *HIV Transmission Risk Behavior Among Men and Women Living: in 4 Cities in the United States*. Disponível na Internet em:<<http://www.medscape.com>> Acesso em julho de 2004.
- LOYOLA, M. A. *A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas*: In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zorar, 1999.
- MADEIRA, M. C. *A confiança afrontada: Representações sociais da AIDS para jovens*. In: JADALET, Denise; MADEIRA, Margot Campos (Org.). *AIDS e representações sociais à busca dos sentidos*. Natal: UFRN, 1998.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Org.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/MS.UERJ/Relume/umará, 1993.
- MARQUES, A.C.P.R.; CRUZ, M.S. *O adolescente e o uso de drogas*. Revista Brasileira de Psiquiatria, n.22,s.11, p.32-6, 2000.
- MELMAN, C. *Os Adolescentes estão sempre confrontando o Minotauro* In: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. 2ª edição. Artes Ofícios, p.29-43, 1999.
- MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Abrasco 1992.
- MORENO, J. L. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1989.
- NEWCOMB, Nora. *Desenvolvimento Infantil, Abordagem de Mussem*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- PARKER, R. *A construção da solidariedade: AIDS sexualidade e política no Brasil*. História Social da AIDS. Rio de Janeiro: Relume Dumará - ABIA MS/UERJ, 1994.
- PARKER, R; CAMARGO. *Pobreza e HIV/AIDS - Aspectos antropológicos e sociológicos*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2000.

- RASSIAL, J.J. et al. *A Adolescência como conceito da teoria Psicanalítica*. In: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. 2ª edição. Artes Ofícios, p.46-72, 1999.
- ROBIN, L. et al. *Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy Among Adolescents: A Decade in Review*, *Journal of Adolescent Health* 2004;34: 3-26. <<http://www.medscape.com>>: Acesso em agosto de 2004.
- RODULFO, M. et al. *As Bonecas: Dietantes e Anoréxicas, Uma Questão de Gênero*. In: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. 2ª edição. Artes Ofícios, p.133-143, 1999.
- ROSENTHAL, D; SENSERRICK, T; FELDMANN, S. *A typology approach to describing parents as communicators about sexuality*. *Arch Sex Behav*, 2001. 30(5), p. 463-82
- RUFFINO, R. et al *Fazendo Valer – Modalidade Contemporânea*. In: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. 2ª edição. Artes Ofícios, p.291-314, 1999.
- SCHOEBERLEIN DR., WOOLSTON J.L., BRETT J. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2000 Apr; p.389-405. <<http://www.medscape.com>>: Acesso em agosto de 2004.
- SILVA, C. S. *Escola e sexualidade do adolescente*. In: BÉRIA, J.U.. *Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo, 1998, (p.63-77)
- SIMÕES BARBOSA, R. H. *Educação e Saúde Reprodutiva e análise preliminar de uma experiência em uma comunidade favelada do Rio de Janeiro*. In: SILVA, D. P. M. (Org.). *Sexualidade em diferentes enfoques: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva*. Niterói, RJ/Muiraquitá: PEGGE, UERJ, 2001.
- SINGH, S., DARROCH J.E. *Fam Plann Perspect.*(1999) Disponível na Internet em: <<http://www.nlm.nih.gov/>> Acesso em julho de 2004.
- SMITH, A M. Australian and South African undergraduates: *Archival sex behavior*; 27(3):279-94, 1998.
- TIBA, I. *Sexo e adolescência*. 10ª. Ed. São Paulo: Ática, 1997.
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. *Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people: a review update*. Geneva; 1997. Disponível na Internet em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em junho de 2004.
- UNAIDS. *Where prevention and care meet; voluntary counseling and testing, and preventing mother- to child transmission*. Report on the – Global HIV/AIDS. Unaid, Genev, 2002. Disponível na Internet em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em junho de 2004.
- XAVIER E. F.. *A Irrupção da Psicose na Adolescência* in: *Adolescência: entre o passado e o futuro*. 2ª edição. Artes Ofícios, p.181-188, 1999.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - OFICINA INTERATIVA DE EDUCAÇÃO SEXUAL

### PROGRAMA:

#### 1º Dia:

##### *1º Tema: Integração Grupal.*

- Objetivo: possibilitar conhecimento mútuo, relaxar tensões corporais, criar clima de afeto e confiança.

- Técnicas: Brincadeira de confiança – Duração 20 minutos.

##### *2º Tema: autoconhecimento.*

- Objetivos: Revelar conhecimentos, mitos e vivências com relação ao corpo e à sexualidade, trabalhar percepções sobre identidade corporal e social.

- Técnicas: Massa de modelar ou argila, desenhos, colagem. - Duração 2 a 3 horas.

##### *3º Tema: métodos anticoncepcionais.*

- Objetivos: métodos contraceptivos, *condon* e dificuldade de uso.

- Técnicas: Cartilhas e manuseio de material (camisinhas).

#### 2º Dia:

##### *1º Tema: Revisão do dia anterior.*

- Objetivos: Avaliar a percepção e interesse dos adolescentes.

- Técnica: Depoimentos dos participantes. Duração 20 minutos.

##### *2º Tema: D.S.T. e AIDS.*

- Objetivos: Informar sobre as D.S.T. e AIDS.

- Técnicas: Material audiovisual. Duração – 1 hora

##### *3º Tema: Sexualidade*

- Objetivos: Revelar experiências com sexualidade, conhecimentos, mitos e desinformações.

- Técnicas: Dramatização, viagem pelos órgãos genitais (conhecendo o corpo por dentro) e viagem do espermatozóide Duração-2 horas.

*4º Tema: Avaliação*

- Objetivo: Perceber nos adolescentes se houve interesse ou não.
- Técnicas: Depoimentos orais dos participantes.

## APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Srs. Pais ou responsáveis

O programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil está realizando um trabalho de pesquisa junto com a Secretária Estadual de Saúde de Santa Catarina. O estudo é sobre sexualidade, gravidez e AIDS nos jovens e foi autorizado pela Delegacia Regional da Educação. Dentre estes assuntos, o que mais preocupa é a AIDS.

Por isso solicitamos a autorização dos pais, mães ou responsáveis para que seus filhos participem do estudo através do preenchimento de um questionário anônimo (onde o jovem não é identificado de nenhuma forma). Partes dos jovens autorizados receberão aulas sobre AIDS e como preveni-la, estando incluída no programa a distribuição de preservativos.

Objetivo desse trabalho é a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis principalmente a AIDS e por isto solicitamos sua autorização.

Os alunos responderão ao questionário em sala de aula.

Ciente dos termos propostos autorizo a participação de \_\_\_\_\_, no trabalho adolescentes e AIDS: um estudo de intervenção em Santa Catarina, podendo preencher questionário e assistir aula.

---

Pai, Mãe ou responsáveis

Joaçaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PRÉ-INFORMADO DOS ALUNOS

O programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil esta realizando um trabalho de pesquisa junto com a Secretária Estadual de Saúde de Santa Catarina. O estudo é sobre sexualidade, gravidez e AIDS nos jovens e foi autorizado pela Delegacia Regional da Educação.

Objetivo desse trabalho é a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis principalmente a AIDS e por isto solicitamos sua autorização para participar da pesquisa. O estudo será realizado através do preenchimento de um questionário anônimo (onde o jovem não é identificado de nenhuma forma). Parte dos jovens receberão aulas sobre AIDS e como preveni-la, estando incluída no programa a distribuição de preservativos.

Os alunos receberão todas as informações necessárias:

- direito de requerer resposta a todas as perguntas e dúvidas referente aos procedimento, riscos, benefícios e outros relacionados a pesquisa;
- segurança de ter preservada identidade e anonimato;
- liberdade de desistir do estudo em qualquer momento, sem que ocorra qualquer tipo de coerção, prejuízo ou privação de atendimento;
- compromisso de acesso às informações coletadas, bem como dos resultados obtidos;
- esclarecimentos dos objetivos e de que os resultados serão divulgados, para realização de estratégias de intervenção;
- serão mantidos todos os preceitos éticos e bioéticos legais durante e após o término da pesquisa;
- em caso de dúvida poderei contatar com a pesquisadora pelo telefone 49 522-4200;

Ciente dos termos proposto, eu concordo em participar da pesquisa.

---

Assinatura do Aluno

Joaçaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

**ANEXOS**

## ANEXO A - QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

**Atenção:** Este questionário deve ser respondido por você mesmo. Como o assunto aqui abordado é sexualidade, algumas das questões são de caráter bastante íntimo e pessoal. Garantimos que todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e o anonimato será rigorosamente mantido, não aparecendo o seu nome em nenhuma parte do questionário. Para o bom andamento da pesquisa é fundamental muita seriedade nas respostas. Caso você se sinta desconfortável com alguma questão ou com todo o questionário, não há obrigatoriedade em respondê-lo. Agradecemos a sua colaboração.

Questionário nº. _____	QUEST_ _ _ _ _
1. Data ___/___/____.	DATA ___/___/___
2. Escola: _____	ESCOL_ _ _ _ _
Turno (    ) manhã      (    ) tarde      (    ) noite	TURNO _ _
3. Sexo: (    ) masculino      (    ) feminino	SEXO _ _
4. Idade em anos (completos) _____	IDADE _ _
5. Estado Civil:	
(    ) solteiro    (    ) casado    (    ) morando junto ESTCIV _ _ _ _	
(    ) Outros: _____.	
6. Mora com os pais?	
(    ) sim    (    ) não	MORA _ _ _ _ _
7. Que tipo de trabalho faz o (a) chefe da família ( pessoa que tem a maior renda)?	
_____	CHEFE_ _ _ _ _
8. Qual sua religião?	RELIG _ _ _ _ _
(    ) católica	
(    ) espírita	
(    ) protestante	

- ( ) umbanda  
 ( ) não tem( passe para a pergunta 12)  
 ( ) outra: Qual? \_\_\_\_\_

9. Você pratica a sua religião?

REPRA \_ \_ \_ \_

- ( ) sim ( ) não

10. De que forma você acha que se pode pegar AIDS?

- 1-mulher grávida para o filho ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 1 \_\_\_  
 2-pelos sanitários ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 2 \_\_\_  
 3-por relação sexual ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 3 \_\_\_  
 4-por relação sexual com pessoas do mesmo sexo  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 4 \_\_\_  
 5-por transfusão de sangue ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 5 \_\_\_  
 6-por talheres ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 6 \_\_\_  
 7-por laminas de barbear ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 7 \_\_\_  
 8-por mosquito ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 8 \_\_\_  
 9-por compartilhar seringas no uso de drogas injetáveis  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA9 \_\_\_  
 10-por aperto de mão ( ) sim ( ) não ( ) não sabe PEGA 10 \_\_\_  
 11-outro: \_\_\_\_\_ PEGA 11 \_\_\_

11. De que forma você acha que se pode evitar AIDS?

- 1-usando camisinha nas relações sexuais  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 1 \_\_\_  
 2-usando seringas descartáveis  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 2 \_\_\_  
 3-usando sangue examinado nas transfusões  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 3 \_\_\_  
 4-usando seringa individual na injeção de drogas  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 4 \_\_\_  
 5-fazendo teste para Aids ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 5 \_\_\_  
 6-diminuindo o número de parceiros(as) sexuais  
 ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 6 \_\_\_  
 7-tomando remédios ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 7 \_\_\_

8-com vacina ( ) sim ( ) não ( ) não sabe EVIT 8 \_\_

9-outro: \_\_\_\_\_ EVIT 9 \_\_

12. Uma pessoa sadia pode estar com AIDS? SADIA\_\_

( ) sim ( ) não ( ) não sei

13. Qual a possibilidade que você tem de pegar AIDS? POSAID\_\_

( ) muito possível

( ) possível

( ) pouco possível

( ) quase impossível

( ) impossível

14. Você já fez exame para saber se está contaminado pelo vírus da AIDS?

FEXAID\_\_

( ) sim – Passe para a pergunta 18 ( ) não

15. Você faria o exame para saber se está contaminado? FEXAI 2 \_\_

( ) sim ( ) não

16. Você está fazendo algo para se proteger da AIDS? FAAL \_\_\_\_

( ) sim

( ) não – Passe para a questão 20

17. O que você está fazendo para se proteger da AIDS?

Usa camisinha ( ) sim ( ) não FACAM \_\_\_\_

Tem menos parceiros(as) sexuais ( ) sim ( ) não FAPAR \_\_\_\_

Só tem um(a) parceiro(a) sexual ( ) sim ( ) não FARUM \_\_\_\_

Parou de transar ( ) sim ( ) não FANAO \_\_\_\_

Outros : \_\_\_\_\_ FAOUT \_\_\_\_

18. Nos últimos 30 dias, você e sua (seu) ficante / namorada(o) ou esposa(o) conversaram sobre AIDS? CONV \_\_\_\_

( ) sim ( ) não ( ) neste período estava sozinha (o)

19. Você conhece alguém HIV positivo ou pessoa com AIDS? HIVPO \_\_\_\_  
 sim  não

\* para as próximas perguntas considere RELAÇÃO SEXUAL, tanto sexo ORAL, VAGINAL ou ANAL.

20. Você já teve relação sexual? TRANSA \_\_\_\_  
 sim  não – Passe para a pergunta 42

21. Com que idade você teve a primeira relação sexual? PRITRA \_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_\_ anos completos.

22-Que idade tinha pessoa com quem você teve a primeira relação sexual?OUTRAN\_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_\_ anos completos.

23. Na primeira vez que teve relação sexual, foi usada camisinha? PRIREL \_\_\_\_  
 sim  não

24.Quando foi a última vez que você teve reação sexual? ULTRAN\_\_\_\_  
 a menos de um mês  
 de 1 a 2 meses  
 de 3 a 4 meses  
 mais de 5 meses

25. A sua ultima relação sexual envolveu:

Sexo vaginal  sim  não SEVA \_\_\_\_  
 Sexo oral  sim  não SEOR \_\_\_\_  
 Sexo anal  sim  não SEAN \_\_\_\_

26. Foi usada camisinha nesta relação? ULTCAM \_\_\_\_  
 sim  não

27.Você usou bebida que contém álcool antes desta última relação? ALCOO\_\_\_\_

( ) sim      ( ) não

Com base no quadro abaixo, preencha a questão:

Cerveja: (1 copo de chope=350ml): 1 lata= 1 “dose” ou 1 garrafa= 2 “doses)

Vinho: 1 copo comum grande (250ml) = 2 “doses” ou 1 garrafa = 8 “doses”

Cachaça, Vodca, Uísque ou conhaque: 1 “martelinho” (60ml)= 2 “doses” ou 1 “martelinho” (100ml) = 3 “doses” ou 1 garrafa= mais de 20 “doses”

Uísque, Rum, Licor, etc.: 1 “dose de dosador” (45-50ml)= 1 “dose”

28. Antes da ultima relação sexual, quantas doses você tomou?      QUANTAL \_\_\_\_

- ( ) 1 a 2 doses
- ( ) 3 a 4 doses
- ( ) 5 a 6 doses
- ( ) 7 a 9 doses
- ( ) 10 ou mais doses
- ( ) não bebi

29. Com que freqüência você toma bebidas de álcool?      FREALCO \_\_\_\_

- ( ) nunca
- ( ) uma vez por mês ou menos
- ( ) duas a quatro vezes por mês
- ( ) duas a três vezes por semana
- ( ) quatro ou mais vezes por semana
- ( ) não se aplica
- ( ) ignorado

30. Nesta última relação sexual, você se relacionou:      ULTQUE \_\_\_\_\_

- ( ) com pessoa do sexo oposto ao seu
- ( ) com pessoa do mesmo sexo que o seu

31. A pessoa com quem você transou:      QUEMT \_\_\_\_\_

- ( ) você conheceu naquele dia
- ( ) você já conhecia antes
- ( ) você conhecia antes, mais só de vista

32. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha em todas as suas relações GERCAM \_\_\_\_\_ sexuais?

( ) sim      ( ) não      ( ) você não teve relação sexual nesse período

33. Com mais ou menos quantas pessoas você transou no último 30 dias?

PARMES \_\_\_\_\_

( ) somente com uma pessoa

( ) 2 a 4 pessoas

( ) 5 ou mais pessoas

( ) com ninguém

34. Qual sua preferência sexual?

PREFER \_\_\_\_\_

( ) só tem relação com pessoa do outro sexo

( ) só tem relação com pessoa do mesmo sexo

( ) tem relação igualmente com pessoa dos dois sexos

( ) tem relação com pessoa dos dois sexos, mas prefere do mesmo sexo

( ) tem relação com pessoas dos dois sexo, mas prefere do outro sexo

35. Nas ultimas três vezes que você teve relação, em quantas você TREVE \_\_\_\_\_ usou camisinha?

( ) uma vez

( ) duas vezes

( ) três vezes

( ) nenhuma vez

36. Você já engravidou alguém (ou alguém já engravidou você)? ENGRAV \_\_\_\_\_

( ) sim      ( ) não

37. Nos últimos 30 dias, você teve doença transmitida pela relação sexual (doença venérea), que causasse algum problema no pênis, vagina ou ânus?

1-Feridinha (bolha ou furúnculo)      ( ) sim      ( ) não      DST 1 \_\_\_\_\_

2-Corrimento (com pus e/ ou ardência)      ( ) sim      ( ) não      DST 2 \_\_\_\_\_

3-Sangramento      ( ) sim      ( ) não      DST 3 \_\_\_\_\_

4-Verruga      ( ) sim      ( ) não      DST 4 \_\_\_\_\_



( ) menos prazer

4ª- Você mesmo comprou? ( ) sim ( ) não COGEL \_\_\_\_\_

44. Assinale se concorda ou discordadas seguintes afirmativas:

(1) concorda (2) discorda

“Eu só transo com minha(meu) namorada(o).” ( ) NAMOR \_\_\_\_\_

“Ficar” quase sempre envolve transar. ( ) FICAR \_\_\_\_\_

“Eu sempre tenho camisinha comigo.” ( ) COMIG \_\_\_\_\_

“Em matéria de sexo, eu já experimentei quase tudo.” ( ) TUDO \_\_\_\_\_

“Camisinha é muito chato,incômodo. Não me adapto” ( ) CHATO \_\_\_\_\_

“Não fico por ai com qualquer uma (um)” ( ) QUALUM \_\_\_\_\_

“Às vezes é tudo muito rápido, não dá tempo de botar camisinha.”  
( ) BOTAR \_\_\_\_\_

“Se estiver ficando com alguém não consigo ficar com mais ninguém.”  
( ) NINGE \_\_\_\_\_

“Sei lá...me(ela se) achava muito nova, não sabia bem o que queria, para deixar de ser virgem...daí só fazia sexo anal e /ou oral.” ( ) VIRGEM \_\_\_\_\_

“Me da nojo só de pensar em dois caras ou duas mulheres transando.”  
( ) NOJO \_\_\_\_\_

“Quando agente já ta história há mais tempo, começa a deixar de usar camisinha.”  
( ) HISTO \_\_\_\_\_

“Estou sempre pronto para o que der e vier.” ( ) PRONTO \_\_\_\_\_

Você não entendeu alguma palavra deste questionário? PALAV \_\_\_\_\_

1. ( ) Sim - Qual?\_\_\_\_\_.

2. ( ) Não

# **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## INTRODUÇÃO

Este relatório busca descrever os passos para a construção da pesquisa de campo. Os municípios onde foram realizados os estudos - Joaçaba e Capinzal, - são municípios de médio porte populacional (30.000 hab.) que são considerados representativos em Santa Catarina, já que dos 293 municípios do estado, apenas 10 têm mais de 100.000 habitantes (Figura 1). Nestes pequenos e médios municípios é que a contaminação pelo vírus HIV vem aumentando nos últimos anos (MS, 2001).



Figura 1: Mapa de Santa Catarina.

## EQUIPE DE APOIO

Para a realização da intervenção constituiu-se uma equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde pública: duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem que trabalham na Gerência de Saúde de Joaçaba; uma psicóloga e uma técnica de enfermagem que trabalham no Centro de Testagem e Aconselhamento em AIDS (CTA) do município de Joaçaba; também uma equipe de dez estudantes do curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) de Joaçaba, SC, cursando entre o sétimo e nono semestre e uma professora da 7ª Gerência da Educação.

A participação foi voluntária e os participantes receberam certificado de 40h de estágio na área de Saúde Pública, bem como auxílio financeiro para locomoção e alimentação.

O estudo contou também com um digitador para a construção do banco de dados e um estatístico para auxiliar nas análises.

## **CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE APOIO**

A capacitação da equipe de apoio ocorreu através de três reuniões e uma oficina no mesmo molde e com os mesmos conteúdos temáticos da intervenção que seria aplicada aos alunos. O “Manual do Multiplicador: adolescente” do Ministério da Saúde - Brasília, 1997 e “ Prevenir é sempre melhor” do Ministério da Saúde, Brasília, 1998, foram instrumentos consultados. A relação pedagógica dialógica, baseada na educação popular de Paulo Freire foi utilizada em todas as fases da capacitação. Os assuntos foram: AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Adolescência, Sexualidade e Métodos Anticoncepcionais.

Uma das questões que surgiu na oficina de capacitação foi o uso do preservativo feminino. As participantes nunca tinham usado, foi solicitado que todas levassem para casa e o experimentassem. Muitas não o usaram e algumas acharam “desconfortável”, “muito grande”. São justamente estas características: resistência maior do que o látex usado no preservativo masculino e maior tamanho que tornam o preservativo feminino mais seguro para as mulheres (GOLLUB; STEIN; FRENCH, 1996; GOLD, 1995) Uma das dificuldades dos profissionais que trabalham com prevenção buscando mudar hábitos da comunidade é justamente a diferença entre o conhecimento e o comportamento. Diversos trabalhos têm demonstrado, que comportamentos que estão ligados às áreas de prazer, como o sexual (ANDRADE, 2002) são difíceis de serem mudadas e ficou clara a necessidade de maior divulgação e de uso do preservativo feminino.

## **ESTUDO PILOTO**

Uma escola pública de ensino médio do município de Luzerna, SC, distante 7 km de Joaçaba, serviu para aplicação do estudo piloto. O primeiro foi realizado em

dezembro de 2004, com 26 alunos (15 rapazes e 11 moças) com idade média de 17 anos (DP=1,090), da terceira série do ensino médio do período noturno.

Como esse estudo demonstrou a dificuldade dos alunos para responderem algumas questões, as mesmas foram reformuladas. Em fevereiro de 2005, o questionário reformulado foi aplicado em outra terceira série do ensino médio do período noturno da mesma escola, com 25 alunos: 13 rapazes e 12 moças.

## CONTROLE EXTERNO

Embora não estivesse previsto no Projeto de Pesquisa, foi incluído um grupo de alunos de um município próximo. Foi escolhido o município de Capinzal, distante 35 km de Joaçaba, e com características populacionais e sociais semelhantes. Só existe uma escola de ensino médio público no município que conta com cerca de 620 alunos em dois turnos: matutino e noturno.

## POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Foram estudados todos os alunos das escolas públicas de ensino médio dos municípios de Joaçaba e Capinzal. O tamanho da amostra da intervenção foi calculando a partir do desvio padrão populacional da amostra piloto. Na prática, geralmente o desvio padrão populacional é desconhecido, nesse caso segundo Oligari, (2005), devemos usar o desvio padrão da amostra (**s**), e a distribuição **t** de Student. Para que possamos conhecer o valor da amostra, uma solução é coletar uma amostra piloto de (**n'**) elementos, para com base nela obtermos **s**, empregando a expressão:  $n = \frac{(t * s)}{e}$ , onde **t** é o valor de tabela, **n'**-1 graus de liberdade (tamanho da amostra piloto-1), e **e** probabilidade de erro admitida pelo pesquisador.

A aplicação preliminar (amostra piloto – **n'**) incluiu 26 sujeitos (15 homens e 11 mulheres). A partir do cálculo do desvio padrão para todas as variáveis do questionário, obteve-se desvio padrão médio da amostra que foi de 0,502.

Os resultados sugeriram uma amostra para o grupo da intervenção de 400 sujeitos, mais 10% para perdas, considerando o nível de confiança de 95%.

## **PROCEDIMENTOS**

O estudo foi autorizado pela Gerência Regional de Educação de Joaçaba - SC. As três escolas públicas de ensino médio de Joaçaba e de Capinzal foram contatadas, primeiro por telefone e após através de ofícios e visitas.

Em cada sala de aula as autorizações para os pais ou responsáveis dos menores de 18 anos foram entregues e recolhidas antes da aplicação do questionário. Os questionários foram auto-aplicados nas salas de aulas durante o período escolar sem a presença do professor. Cada estagiária entregava os questionários, passava uma lista de presença, explicava a importância da pesquisa e lia as orientações. Quando os alunos terminavam, os questionários, preenchidos de forma anônima, eram colocados em um envelope com o número da turma, turno e nome do colégio. Todos os envelopes eram entregues a um digitador.

O questionário, com questões fechadas, foi baseado no questionário aplicado na pesquisa organizada por Béria (1998), apresentada no livro "Ficar e Transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS".

Na primeira aplicação do questionário realizada na primeira quinzena do mês de maio 2005 houve apenas uma visita em cada sala de aula. A intervenção foi realizada logo após a aplicação dos questionários no mesmo mês.

O segundo questionário foi aplicado após seis meses, na primeira quinzena do mês de novembro. Para buscar alunos faltosos, as turmas foram revisitadas por mais três vezes cada, até o final do mês de novembro.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo plenário do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e Animais da ULBRA processo nº. 2005-071H, por estar de acordo com as normas vigentes na Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00, 304/04, 346/05 e 347/05 do CNS/MS) que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

## INTERVENÇÃO

A escola A, onde foi realizada a intervenção é a maior escola pública (estadual) de ensino médio do município de Joaçaba. São 17 turmas de 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> séries divididas em 3 turnos: manhã, tarde e noite.

As oficinas foram realizadas nos períodos escolares (manhã, tarde e noite), no horário das aulas, em dois períodos de quatro horas. Os temas incluíram conhecimentos sobre o corpo, sexualidade, métodos anticoncepcionais, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Participaram os alunos presentes nas salas de aulas que concordaram (450) alunos. No período noturno houveram abstenções sendo 15 rapazes e 9 moças.

Os alunos foram separados por sexo para estimular a maior participação e as questões específicas de cada um. Cada grupo foi composto por cerca de trinta alunos e dois monitores.



Figura 2: Foto do grupo de rapazes.

A intervenção iniciou com técnicas de descontração e relaxamento, para permitir maior entrosamento entre os alunos e os monitores. A pesquisadora agiu como coordenadora e ficou circulando pelas salas, observando os grupos. Os exercícios de “confiança” serviram para iniciar a discussão sobre confiar no parceiro, ou mesmo nos amigos e sobre a importância disso.

Exemplo 1: “As pessoas dão as mãos formando várias filas: todas fecham os olhos e somente a primeira, com os olhos abertos, vai puxando a fila. Se o local for espaçoso, pode-se descer alguns degraus, passar por portas e corredores, enfim tudo o que possa simular perigos que serão vencidos pela confiança no companheiro que puxa a fila.” Duração de 10 a 15 minutos.

Exemplo 2: “As pessoas formam um grande círculo e sem soltarem as mãos, entram uma por baixo do braço da outra, e depois da outra, e assim por diante, até que toda a fila se enrosque. A seguir, o nó deve ser desfeito da mesma forma que foi criado, sem que as pessoas soltem as mãos.” Duração de 10 a 15 minutos.

O segundo tema foi autoconhecimento e foi trabalhado utilizando massa de modelar e desenhos ou colagem dependendo da vontade do aluno. Cada aluno fez a sua representação e no final foi realizada uma discussão sobre auto-imagem, corpo, mudanças da adolescência, identidade social e corporal.

Houve troca de monitores entre os grupos quando os monitores (principalmente alunas de psicologia) sentiram dificuldade em controlar o grupo o que aconteceu mais com o grupo do sexo masculino.

Os métodos anticoncepcionais foram discutidos através de dramatizações realizadas pelos alunos, sob orientação dos monitores. Dramatizaram situações de gravidez na adolescência, namoros ou encontros ocasionais, contar ao parceiro e/(ou) aos pais sobre a gravidez, usar ou não “camisinha”, etc. No final das dramatizações os “atores” contaram como viveram as experiências e discutiram o uso ou não de métodos anticoncepcionais. Havia uma estudante adolescente de 16 anos grávida na escola e este fato reforçou mais os questionamentos sobre o significado de uma gravidez não planejada e suas conseqüências na adolescência.

Os preservativos femininos não eram conhecidos e foi sugerido que as meninas os levassem para casa e tentassem colocá-los, como o preservativo feminino pode ser usado por até oito horas, elas poderiam pelo menos sentir as dificuldades de colocar ou tirar. Este desconhecimento confirmou a necessidade de mais atividades preventivas e de divulgação do uso dos preservativos femininos conforme a literatura tem demonstrado (HAIGNERE, 2000). Os preservativos masculinos também foram distribuídos aos rapazes. Todos os alunos que tinham autorização dos pais ou responsáveis receberam uma cartilha sobre métodos anticoncepcionais e um preservativo (masculino ou feminino).

Ao final de cada período das oficinas, os monitores se reuniam e discutiam as dificuldades surgidas.

No segundo dia as oficinas iniciaram com uma avaliação oral, pelos alunos, sobre o dia anterior. Quem tinha usado preservativo dizia se gostou ou não, dificuldades, o uso correto e maneiras de aumentar o prazer.

Também neste segundo dia foram discutidos D.S.T. e AIDS, iniciando por leituras de textos e ou relatos dos próprios alunos sobre fatos relacionados, como preconceito, vulnerabilidade pessoal.

Os materiais audiovisuais e folhetos serviram para reforçar os conhecimentos técnicos sobre DST e AIDS.

A sexualidade também foi dramatizada pelos alunos para assim expressarem seus conhecimentos e (ou) desconhecimentos. As diferenças de gênero ficaram mais evidentes neste trabalho, já que a participação das moças estava mais voltada ao lado romântico dos relacionamentos e os rapazes falaram mais do prazer.

Nos grupos femininos havia mais questionamentos para os monitores, enquanto nos grupos masculinos os alunos eram mais espectadores, e alguns (aparentemente mais “experientes”) muitas vezes dominavam o grupo.

Nas falas das moças percebemos a maior preocupação em conhecer o corpo, tanto feminino quanto o masculino, prazer, orgasmo, métodos anticoncepcionais, mas elas também referem-se às dificuldades de conversar em casa, de conversar com os parceiros e o “romantismo” estava presente em muitas falas, o que está de acordo com os estudos de Canarano (1998), Hamann (1995), Villela e Barbosa (1996) e Branco, Coura, Morgado (1999).

O material educativo utilizado foi fornecido pela 7ª Gerência Regional de Saúde e pelo Centro de Testagem e Aconselhamento em AIDS (CTA – Joaçaba) e constaram além dos folhetos educativos, vídeos, álbuns seriados, pênis e vaginas artificiais. A massa de modelar foi confeccionada pelos monitores, conforme receita caseira.



Figura 3: Foto do grupo de moças.

Os preservativos masculinos e femininos foram fornecidas também pela 7ª Gerência Regional de Saúde e CTA.

Nesta fase do trabalho os professores não receberam informações, porque a maior parte deles trabalha em mais de uma escola, e poderiam alterar o resultado da avaliação.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S M. O saber e a prevenção no trabalho e na vida. *Psicologia, ciência e profissão*, 22(2), 60-69, 2002.

BÉRIA, J. Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo, 1998.

BRANCO, C. A. C.; COURA, L. C.; MORGADO, A. F. *AIDS e a mulher: uma questão de cumplicidade?* *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, IPUB, n.48, a.4, p.177 -182, 1999.

CAMARANO, A. A Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: p. 108-33, 1998.

GOLD, M.A. New progestin oral contraceptives and the female condom. *Pediatr Ann*, 1995;24:211-16.

GOLLUB E., FRENCH P., LATKA M. et al. The women's safer sex hierarchy: Initial responses to counseling on women's methods of STD/HIV prevention at an STD clinic. XI International Conference on AIDS, Vancouver, California, 1996.

Haignere, C. S., Rachel Gold, et al. *High-Risk Adolescents and Female Condoms: Knowledge, Attitudes, and Use Patterns. Journal of Adolescent Health*, 2000;26:392-398. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br>>

HAMANN, E. M. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a Prevenção de AIDS em Adolescentes Pobres do Rio de Janeiro – Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, a. 11, n.3, p.463-479, julho/set. 1995.

MS., MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados de AIDS no Brasil. Boletim Epidemiológico*, 2001. Disponível na Internet em: <<; Acesso 2004.

MS., MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do multiplicador Adolescente/ Coordenação Nacional de Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS – Brasília, 1997.

MS., MINISTERIO DA SAUDE Manual – Prevenir é sempre melhor. CN DST – AIDS, Coordenação Nacional de Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, Brasília, 1998.

OLIGARI, P. J. Estatística básica para Ciências Agrônômicas e Biológicas. Florianópolis, Ed UFSC, 2005.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. *Repensando as relações entre gênero e sexualidade*. In: Parker, R.; Barbosa, R. M. *Organizadores, Sexualidade Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, p.189-199. 1996.

# ARTIGO

**COMPORTAMENTO SEXUAL E PREVENÇÃO DE HIV / AIDS EM  
ADOLESCENTES ESCOLARES:  
UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM SANTA CATARINA.**

**SEXUAL BEHAVIOR AND PREVENTION OF HIV/AIDS IN TEENAGERS  
STUDENTS: AN INTERVENTION STUDY IN SANTA CATARINA.**

Autores: Saavedra, Inara P.<sup>1</sup>; Schermann, Ligia<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Médica sanitária, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. Sétima Gerência Regional de Saúde – Joaçaba – Santa Catarina.

<sup>2</sup> Professora adjunta, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Curso de Psicologia, Universidade Luterana do Brasil.

Endereço: Avenida XV de novembro nº. 371 sala 704 – Centro – Joaçaba – SC Cep 89600-000, fones (049) 35224200, (049) 99802178.

E mail – [pintosaavedra@uol.com.br](mailto:pintosaavedra@uol.com.br)

Artigo a ser encaminhado para cadernos de Saúde Coletiva.

**COMPORTAMENTO SEXUAL E PREVENÇÃO DE HIV / AIDS EM  
ADOLESCENTES ESCOLARES:  
UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM SANTA CATARINA**

**SEXUAL BEHAVIOR AND PREVENTION OF HIV/AIDS IN TEENAGER  
STUDENTS: AN INTERVENTION STUDY IN SANTA CATARINA.**

**RESUMO**

Estudo experimental realizado nas escolas públicas de ensino médio de dois municípios de Santa Catarina, Brasil, divididas em três grupos: intervenção, controle interno e controle externo. Uma amostra de 1253 estudantes de 13 a 20 anos responderam ao inquérito basal, 450 alunos participaram da intervenção e 1002 alunos responderam ao inquérito de avaliação realizada após seis meses, com 20% de perdas. A intervenção foi realizada na escola sorteada, para todos os alunos presentes nas salas de aulas em dois períodos consecutivos de 4 horas. Os temas foram: adolescência, sexualidade, DST, AIDS e métodos anticoncepcionais. Cerca de 50% dos alunos já teve relação sexual (55,7% rapazes e 46,6% moças), a idade média da primeira relação sexual é 14,3 anos para os rapazes e 15,1 anos para as moças, o preservativo foi usado por 81,4% dos alunos na primeira relação sexual (86,9% das moças e 75,9% dos rapazes). No uso de preservativo na última relação sexual (82,5% alunos), o maior percentual é dos rapazes (87%) em relação às moças (77,9%). O conhecimento sobre AIDS, avaliado numa escala de 1 a 10, obteve média acima de 7,0. Após a intervenção observaram-se mudanças significativas em relação aos rapazes, aumentou os que já ouviram falar e os que usaram gel com preservativos (18%). Em relação às moças a intervenção, causou aumento significativo de 15% entre as que referem se proteger da AIDS tendo menos parceiros e daquelas que referem só um parceiro.

Palavras-chave

Adolescentes – HIV – prevenção - educação em saúde - intervenção

## ABSTRACT

Experimental study carried out in four public high schools of two countryside cities in Santa Catarina, Brazil, divided into three groups: intervention, internal control and external control. A sample of 1253 students from 13 to 20 years of age answered a basal inquiring, 450 students participated in the intervention and 1002 students answered the evaluation inquiring carried out after 6 months with 20% of loss. The intervention was performed in the school drawn, to all students who were present in the classroom in two consecutive four-hour period. The subjects discussed in the intervention were: adolescence, sexuality, STD, AIDS and contraceptive methods. About 50% of the students had already had sexual intercourses (55.7% boys and 46,6% girls), the average age for the first sexual intercourse was 14.3 years for boys and 15.1 years for girls. 81.4% of the students had used condom during the first intercourse (86.9% of the girls and 75.9% of the boys). Condom was used in the last sexual intercourse by 82.5% of the students, the highest percentage comes from the boys (87%) in relation to girls (77.9%). Knowledge about AIDS measured in a scale of 0-10 obtained average score higher than 7.0 . The intervention showed significant changes for boys has increased those who had already heard about and used gel with condom. For the girls, the intervention showed a significant increase (15%) in those who had few or only one partner as a protection method against AIDS.

Key-words:

Adolescents – HIV – prevention - education on health - intervention.

## INTRODUÇÃO

Apesar de todos os esforços internacionais, os números da AIDS no mundo continuam aumentando de forma mais rápida que os resultados dos programas de combate à epidemia estabelecida pelos governos. Segundo dados da UNAIDS (Programa de AIDS das Nações Unidas), em 2005 foram mais de cinco milhões de novas infecções, mais de três milhões de mortos e um total de 40,3 milhões de pessoas infectadas pelo HIV <sup>1</sup>.

Hoje no mundo a população afetada pelo vírus do HIV é o dobro da que era em 1995 e um dos principais problemas é que apenas 10% desta população foi testada e sabe que está contaminada <sup>1</sup>.

O aumento da AIDS entre os jovens e principalmente entre as mulheres, reflete a vulnerabilidade destes grupos <sup>2,3,4</sup> causada por fatores biológicos e comportamentais, como a

iniciação sexual precoce, e a intensificação do consumo de drogas lícitas e ilícitas <sup>5</sup>. No Brasil, os dados até junho 2004 demonstram 362.364 casos notificados com uma estimativa para 2005 de 600 mil portadores. Em Santa Catarina são 15.886 casos notificados até junho de 2004 e 218 dos 293 municípios do estado têm casos notificados, refletindo a interiorização da epidemia, ou seja, o aumento de pequenos municípios com notificações de casos <sup>6</sup>.

Embora a gravidez na adolescência tenha diminuindo nos Estados Unidos e nos países desenvolvidos <sup>7,8,9</sup>, no Brasil aumentaram as gestações de adolescentes entre 15 e 19 anos nas décadas de 80 e 90 <sup>9</sup>, mesmo havendo um declínio na taxa de fertilidade em todas as regiões e em todos os estratos sociais <sup>10</sup>. No período de 1986 até 1996 houve um crescimento da proporção de gravidez na adolescência de 9% para 12% entre todos os nascimentos no sul do Brasil e de 12% para 20% nas regiões do Nordeste <sup>11</sup>.

Além da AIDS, outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como a gravidez na adolescência, podem ser prevenidas por atividades educativas, como tem sido demonstrado pelos relatórios da UNAIDS de 1997 e 1999 por diversas avaliações de intervenções no mundo todo <sup>12,13,14</sup>.

Este trabalho tem como objetivo conhecer o comportamento sexual e de prevenção à infecção pelo HIV em adolescentes de escolas públicas do ensino médio de dois municípios localizados no estado de Santa Catarina, ao Sul do Brasil, e avaliar o impacto de uma oficina interativa multidisciplinar para prevenção de DST e AIDS realizada no ambiente escolar.

## **Material e métodos**

Fizeram parte deste estudo todos os alunos com idade entre 13 e 19 anos, das escolas públicas estaduais de ensino médio de dois municípios em Santa Catarina, com cerca de 30.000 habitantes cada. Ao todo, foram quatro escolas, três pertencentes ao primeiro

município e a única escola pública do segundo. O delineamento utilizado foi experimental, com grupo de intervenção e controle, com medidas antes e seis meses após.

As escolas do primeiro município foram sorteadas aleatoriamente em dois grupos: um grupo recebeu a intervenção e outro serviu de grupo controle. Para evitar possível contaminação de informações em um mesmo município, foi escolhida uma escola de um município próximo (segundo município) para servir de controle externo.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto em um município que não participou da pesquisa com 26 alunos (15 rapazes e 11 moças) com idade média de 17 anos ( $DP= 1,09$ ) da terceira série do ensino médio, período noturno para testar a adequação dos instrumentos e procedimentos da pesquisa.

O tamanho da amostra da intervenção foi calculado a partir do desvio padrão populacional, baseado no desvio padrão médio das variáveis obtidas na amostra piloto<sup>15</sup>. Os resultados sugeriram uma amostra de 400 sujeitos para o grupo intervenção, mais 10% para perdas, considerando o nível de confiança de 95%.

Um total de 1.253 estudantes responderam ao inquérito basal em maio de 2005, 450 alunos participaram da intervenção e 1.002 alunos responderam ao segundo inquérito, realizado após seis meses, com 20% de perdas. A idade estipulada foi de 13 a 20 anos inclusive. Aos menores de 18 anos foi solicitada autorização por escrito dos pais ou responsáveis. Todos os alunos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da coleta de dados.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética da ULBRA, processo nº. 2005-071H, por estar de acordo com as normas vigentes na Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00, 304/04, 346/05 e 347/05 do CNS/MS) que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

O instrumento utilizado foi um questionário anônimo auto-aplicado com cinquenta questões subdivididas em noventa variáveis, baseado no questionário aplicado na pesquisa sobre adolescente, DST e AIDS, elaborado por Béria e colaboradores<sup>16</sup>. As principais variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado civil, religião, com quem reside, ocupação do chefe da família, conhecimentos, atitudes e práticas em relação à sexualidade, gravidez, DST e AIDS, uso de bebida alcoólica, abuso sexual e sexo comercial.

O inquérito basal foi coletado em maio de 2005 e a segunda aplicação foi realizada seis meses após, em novembro de 2005, por uma equipe de 7 profissionais capacitados da área da saúde. A intervenção aconteceu logo após o inquérito basal, em maio de 2005.

Os questionários foram auto-aplicados individualmente em sala de aula, sem a presença do professor e sem identificação, e após o preenchimento o próprio aluno colocava em um envelope pardo. A equipe retornou às escolas em até três ocasiões subseqüentes para aplicar os questionários aos alunos que estavam ausentes. Para garantir o anonimato, o envelope com os questionários de cada turma era levado nos retornos para que os alunos depositassem seus questionários no mesmo envelope. Na segunda aplicação, seis meses após, os procedimentos de aplicação do questionário foram os mesmos.

Os questionários da primeira e da segunda coleta foram revisados, codificados e inseridos no banco de dados com dupla digitação. Os dados foram analisados com o programa estatístico *SPSS 10.0 for Windows*, utilizando sexo como unidade de análise. Na análise estatística foi utilizado o teste *t* de Student para variáveis quantitativas, o teste de qui-quadrado para variáveis nominais. O nível de significância adotado foi de 5%.

## **Intervenção**

A intervenção foi realizada em dois períodos escolares consecutivos, de quatro horas cada na escola sorteada. Os alunos foram separados por sexo para estimular maior participação e pelas diferenças de comportamento de rapazes e moças<sup>17</sup>. Cada grupo era composto por cerca de 30 alunos e dois monitores. Os monitores eram profissionais da área de saúde pública (enfermeiras, psicóloga, técnicas de enfermagem) e estudantes de Psicologia do 6º ao 9º semestre, que foram capacitados com mais de 12 horas de treinamento em dinâmica de grupo e dramatizações de situações, além dos conteúdos temáticos, nos mesmos moldes e metodologia que seria utilizado nas oficinas aplicadas aos alunos.

Participaram todos os alunos presentes nas salas de aulas no período diurno. No período noturno houve 24 recusas (15 rapazes e 9 moças). Ao todo, 450 alunos participaram da intervenção.

Os manuais do multiplicador e do adolescente, publicados pelo Ministério da Saúde, serviram como material de apoio<sup>18,19</sup>.

Os grupos discutiram temas como auto-imagem, mudanças da adolescência, identidade social e corporal com colagens, desenhos ou massa de modelar caseira, conforme a vontade de cada aluno. As dramatizações serviram para discutir sexualidade, gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais. Os preservativos (masculinos e femininos) foram manipulados pelos alunos e foi demonstrado como usá-los com menor diminuição do prazer. Os alunos que trouxeram autorização dos pais ou responsáveis receberam preservativos.

Leituras de textos ou relatos dos próprios alunos serviram para mostrar o impacto da AIDS e das Doenças Sexualmente Transmissíveis, bem como a vulnerabilidade dos jovens, principalmente das moças. As práticas sexuais de maior risco foram discutidas tanto para relacionamentos heterossexuais quanto homossexuais. A relação pedagógica dialógica,

baseada no modelo de Paulo Freire, esteve presente desde a capacitação dos monitores até o final do processo<sup>20</sup>.

## **Resultados**

Responderam ao primeiro questionário 1.276 alunos. Destes foram eliminados 10 por dados incompletos e 13 por idade superior à idade limite (20 anos) restando 1.253 que correspondem a 90,13% dos alunos matriculados no início do ano (91,4% do grupo intervenção, 87,7% controle interno e 90,16% controle externo). As perdas nesta fase (9,86%) foram por não comparecimento no dia ou por esquecimento, ou não terem autorização dos pais ou responsáveis já que as recusas foram menos de 1%. (5 rapazes do grupo intervenção e 3 do controle externo).

O inquérito de avaliação foi aplicado em novembro de 2005 sendo válidos 1.092, mas destes foram eliminados 90 (46 na intervenção, 29 no controle interno e 15 no controle externo) por terem respondido que não participaram do inquérito basal, restando 1.002, sendo 373 no grupo da intervenção, 160 no controle interno e 469 no controle externo (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a distribuição sócio-demográficas das características da amostra divididas por sexo.

O conhecimento sobre AIDS, apresentado com pontuações de 0 a 10, teve nota média acima de 7 para rapazes e moças.

O uso de preservativo na primeira relação sexual foi maior para as moças (86,9%) do que para os rapazes (75,9%) ( $p=0,016$ ). Este dado muda quando é analisado o uso de preservativo na última relação em que os rapazes usam mais, (87% rapazes e 77,9% moças;  $p=0,040$ ).

O sexo casual (pessoa que você conheceu no dia) ocorre com 12,3% dos alunos sendo 21,1% com rapazes e 3,5% com moças ( $p=0,015$ ).

A última relação sexual envolveu sexo vaginal para 97% dos alunos (96,8% rapazes e 97,2% moças), sexo oral para 33,32% dos alunos (35,2% rapazes e 31,0% moças) e sexo anal é referido por 20,7% dos alunos sendo estatisticamente maior para os rapazes em relação às moças (27,6% e 12,4% respectivamente), ( $p=0,001$ ).

Os rapazes consumiram mais bebida alcoólica antes da última relação sexual (24,7%, rapazes e 13,2%, moças).

Quanto ao consumo usual de álcool, 22% dos alunos refere nunca beber (25,8% moças e 18,2% rapazes). 37,6% refere beber uma vez por mês ou menos (33,6% rapazes e 41,7% moças) e 28,4% refere beber duas a quatro vezes por mês (32,1% moças e 24,7% rapazes).

Em relação ao consumo de drogas, 95,9% dos alunos que têm vida sexual ativa referem nunca ter usado, (96,5% moças e 95,3% rapazes). Uso de drogas não injetáveis foi referido por 2,2% do total, (2,6% dos rapazes e 2,0% das moças) semelhante ao uso de drogas injetáveis que foi 1,8% do total de alunos (2,2% dos rapazes e 1,6% das moças), mas destes a maior parte refere ter compartilhado seringas (1,8% rapazes e 1,4% das moças).

Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis, houve relatos de 1,8% dos rapazes e de 7,7% das moças ( $p=0,001$ ) sendo feridas (1,3%), corrimento (4,7%), sangramento (1,3%) e verrugas (0,6%). Sendo que, somente 9,1% procuraram serviços de saúde para tratamento (6,6% rapazes e 11,9% moças).

Algumas destas características para cada grupo estudado (intervenção, controle interno e controle externo divididas por gênero) estão apresentadas na Tabela 3.

Para avaliar o efeito da intervenção foi calculada a diferença do percentual entre o inquérito de avaliação e inquérito basal dos rapazes e das moças em cada grupo: intervenção,

controle interno e controle externo. Os resultados positivos referem-se ao aumento de percentual do inquérito de avaliação, em relação ao inquérito basal e o resultado negativo refere-se ao oposto. Não houve comparação entre os grupos. Alguns destes resultados estão apresentados na Tabela 4.

Em relação à proteção contra a AIDS, diminuiu o percentual de rapazes que só tem um parceiro nos grupos controle interno e controle externo (19% e 20% respectivamente). No grupo do controle externo houve também uma diminuição (18%) do percentual de rapazes que referem ter menos parceiros como forma de proteção à AIDS. Essas diferenças não foram observadas no grupo intervenção

Houve aumento significativo de 18% na prática do sexo oral no grupo intervenção, enquanto que no controle interno houve uma diminuição de 24%.

Não foram observadas alterações significativas no uso de preservativo nos últimos 30 dias, no entanto, no grupo da intervenção houve aumento de 7% enquanto que o controle interno apresentou uma diminuição de quase 10% e o controle externo um pequeno aumento de 1%.

Quanto ao uso de preservativo na última relação todos os grupos apresentaram uma diminuição não significativa sendo a menor (1%) encontrada no grupo intervenção.

No grupo controle externo houve um aumento significativo de 7% dos que referem 2 a 4 e 5 ou mais parceiros, uma diminuição significativa de 6% dos rapazes que referem só um parceiro nos últimos 30 dias, bem como uma diminuição de 8% dos que não se relacionaram com ninguém.

No grupo intervenção, aumentou significativamente em 16% o número dos que ouviram falar de gel lubrificante e aumentou em 8% os que usaram preservativos com gel lubrificante, o que não foi observado nos outros grupos.

Em relação às moças, no grupo intervenção houve aumento significativo de (15%) entre as que referem se proteger da AIDS tendo menos parceiros e também daquelas que referem só um parceiro (15%), aspectos que não foram encontrados nos grupos controle interno e controle externo. Esses resultados podem estar refletidos também na diminuição significativa do uso de preservativos na última relação manifestada pelas moças do grupo de intervenção (13%).

O número de parceiros, nos últimos 30 dias, apresentou diferenças significativas nos grupos intervenção e controle externo: aumentou o percentual das moças que tiveram somente um parceiro (17% e 10% respectivamente) diminuiu o percentual das que tiveram 2 a 4 parceiros (3% e 4% respectivamente), aumentou o percentual dos que tiveram 5 ou mais parceiros (1% nos dois grupos) e diminuiu o percentual das que não tiveram nenhum parceiro (15% e 7% respectivamente).

As moças que já ouviram falar em gel lubrificante no uso de preservativos aumentaram em 13% no grupo intervenção, e em 10% no controle externo.

## **Discussão**

O questionário auto-aplicado em sala de aula, para garantir o anonimato, constituiu-se um adequado procedimento de coleta de informações, embora estudos sobre sexualidade sempre gerem dúvidas sobre a confiabilidade das informações.

Vale lembrar que os adolescentes que estão fora da escola, seja por evasão escolar ou por não terem nela entrado, bem como os adolescentes de escolas particulares não estão representados neste estudo.

As perdas do inquérito basal para o inquérito de avaliação (realizado seis meses após) foram cerca de 20% e decorrentes principalmente da evasão escolar e ou reprovação, já

que a segunda coleta foi realizada em novembro, penúltimo mês do calendário escolar e os alunos que já estavam reprovados não freqüentavam mais a escola e não houveram recusas entre os alunos presentes nas salas de aulas.

Houve aumento do conhecimento sobre AIDS para os rapazes em todos os grupos, embora não estatisticamente significativos e em relação às moças, o aumento foi significativo no grupo intervenção e no controle externo. Este aumento pode significar que a pesquisa basal foi estímulo para aumentar o conhecimento dos alunos sobre maneiras de prevenção e de transmissão da AIDS, mas a média acima de 7 já no inquérito basal confirma que os alunos tem conhecimentos corretos sobre DST e AIDS.

O presente estudo evidencia que pouco mais da metade dos alunos que responderam ao inquérito basal, já tem vida sexual ativa. O início da atividade sexual foi mais cedo (14,3 anos) para os rapazes do que para as moças (15,1 anos). A idade dos parceiros foi em média de um ano mais velho para os rapazes e para as moças em média mais de quatro anos, Como sugere Longo (2002)<sup>21</sup>, o fato do primeiro parceiro das moças ser, em média, quatro anos mais velho pode acarretar perdas do poder de negociação e autonomia, tanto da decisão do momento de início da atividade sexual quanto do uso ou não do preservativo. Por serem mais velhos e provavelmente mais experientes sexualmente, os parceiros igualmente podem apresentar mais riscos de transmitir DST/AIDS.

Na pesquisa realizada por Béria e colaboradores (1995) no estado do Rio Grande do Sul, RS, a idade mediana da primeira atividade sexual foi 15 anos para os rapazes e 17 anos para as moças<sup>16</sup>. Em estudo realizado no Rio de Janeiro em 2002, a primeira atividade sexual dos adolescentes ocorreu em média aos 14,6 anos para os rapazes e aos 15 anos para as moças<sup>22</sup>. Já um estudo realizado em São Paulo por Borges e Schor, em 2002, definiu como 15 anos a idade média de início da atividade sexual tanto para rapazes quanto para as moças<sup>23</sup>. Estes estudos demonstram a tendência da diminuição da idade de início da atividade sexual, tanto

para rapazes quanto para moças. Em estudo de Burstein e colaboradores (2003)<sup>24</sup> nas escolas norte americana, 47,7% das moças e 52,2% dos rapazes já tiveram relação sexual e o início da atividade sexual foi aos 14,6 anos para moças e aos 13,9 anos para os rapazes.

Apesar de 98,7% dos alunos acharem que protegem-se da AIDS usando preservativos, somente 87,0% dos rapazes e 77,9% das moças referem seu uso na última relação sexual e o uso constante nos últimos 30 dias foi de 77,3% rapazes e 62,1% moças, mostrando uma incoerência entre a intenção e a prática.

A bebida alcoólica tem efeito sobre o uso do preservativo conforme alguns estudos têm demonstrado<sup>25,26</sup>. Baus, Kuped & Pires (2002)<sup>27</sup> apontaram que uso de álcool é um fator preocupante em adolescentes escolares catarinenses. Também Tavares e colaboradores (2001) indicam que o álcool foi a substância mais consumida pelos adolescentes escolares em Pelotas, no Rio Grande do Sul<sup>28</sup>.

Neste estudo o consumo de bebida alcoólica antes da última relação sexual foi de 18,9% dos alunos sendo o percentual maior de rapazes. Somente 22% relatam nunca ingerirem bebidas alcoólicas. O CEBRID (Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), em seus inquéritos epidemiológicos tem demonstrado que o uso de álcool tem sido maior na última década no sexo masculino. Nos Estados Unidos, Harvey e Spigner (1995)<sup>26</sup> referem que o estresse é um dos fatores que desencadeiam o uso de drogas, sendo álcool uma das drogas que promovem comportamento de risco, como por exemplo, a relação sexual sem uso de preservativo. Em outro estudo, Marques e Cruz (2002)<sup>29</sup> relatam também que nos Estados Unidos o álcool é usado pelo menos uma vez por mês por mais de 50% dos adolescentes americanos e que 31% chegam a se embriagar mensalmente. Estudos realizados em Ribeirão Preto com adolescentes escolares referem a utilização de álcool e tabaco principalmente pelo menor custo destes produtos e que as drogas ilícitas são mais utilizadas pelos adolescentes pertencentes as classes mais privilegiadas<sup>30</sup>.

Embora só 1,8% dos alunos referem uso de drogas injetáveis, preocupa o percentual que compartilha seringas (quase 100% dos usuários) o que demonstra a necessidade de mais intervenções preventivas para este grupo de grande risco.

A grande incidência de gravidez na adolescência no Brasil tem sido relatada em diversos estudos<sup>31,32</sup> e pesquisas realizadas pelo Population Reference Bureau<sup>33</sup> referem que no Brasil 20 a 25% do total das mulheres gestantes são adolescente e neste estudo também a prevalência foi 3,6%, mas vale lembrar que a taxa de fecundidade no Brasil, conforme Luz (1999)<sup>34</sup>, esta em declínio em todas as faixa etárias exceto entre 15 e 19 anos e que a gravidez precoce repercute negativamente na vida dos jovens e de seus filhos.

O sexo comercial juvenil também tem importante papel na disseminação do vírus da AIDS e de outras DST<sup>5</sup>. No presente estudo, 7,2% dos alunos referiu já ter pago ou recebido dinheiro para terem relações sexuais, sendo o percentual maior dos rapazes (4,8%) em relação às moças(1,6%). No estudo de Béria e colaboradores, a frequência foi de 10% para rapazes e 5% para as moças<sup>16</sup>.

A frequência de DSTs foi menos de 8%, diferente de alguns estudos norte americanos<sup>3</sup> que relatam que o maior percentual de infecção de gonorréia e clamídia ocorre entre jovens de 15 a 19 anos mas pelo baixo percentual de alunos que procurou o serviço de saúde (9,1%) este dado pode significar a falta de diagnóstico. Este baixo percentual pode refletir a desconfiança dos adolescentes em relação aos serviços de saúde e/ou a falta de estímulos para que esta faixa etária busque estes serviços.

Intervenções que se mostraram eficazes na redução da transmissão HIV e outras DST, e na prevenção de gravidez não planejada na adolescência em sua maior parte foram realizados por períodos mais longos, e com maiores custos e maior capacitação dos monitores<sup>12,35,36</sup>. Mas, observamos que, mesmo na oficina realizada em dois períodos, para não interferir no calendário escolar, por profissionais da área de saúde pública e estudantes universitários,

com material educativo fornecido pelos próprios serviços de saúde, mostrou resultados positivos, principalmente, no grupo das moças que referiram estarem protegendo-se da AIDS tendo menos parceiros e(ou) só um parceiro. Estas mudanças de comportamento pode ser resultado da metodologia (pequenos grupos, dialógicas e problematizadora) e que permite elucidar dúvidas mais do que transmitir informações.

A diminuição do uso de preservativo na última relação sexual, encontrada especialmente nas moças deste estudo, pode estar relacionado ao menor uso de preservativo em relações estáveis<sup>37, 17</sup>. Além disto, pode-se pensar que as relações sexuais ligadas aos sentimentos de amor e afetividade se contrapõem a prática de sexo seguro<sup>38</sup>, portanto, são necessárias ações no sentido de tornar as moças mais assertivas na negociação de sexo seguro.

Este estudo reforça a necessidade de atividades educativas preventivas que além de informações sobre transmissões, aspectos biológicos e sobre a necessidade de uso de preservativos também estimulem as discussões em pequenos grupos, sobre os obstáculos sociais e culturais e as diferenças de gênero.

Como atividades preventivas são mais efetivas quando os jovens ainda não iniciaram a atividade sexual, é necessário priorizar estes adolescentes.

Tabela 1 - Número e percentual de participantes e perdas em cada etapa do estudo.  
Joaçaba/SC, Brasil, 2005.

Grupo	Inquérito Basal	Receberam Intervenção	Inquérito de avaliação	Perdas
Intervenção	457 (91,4%)	450	373	19,40%
Controle Interno	237 (87,70%)		160	32,50%
Controle Externo	559 (90,16%)		469	16,10%
Total	1253 (90,13%)	450	1002	20,00%

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos alunos que responderam ao inquérito basal divididos por sexo de dois municípios de Santa Catarina, Brasil 2005

Variáveis	Rapazes		Moças		Total	
	N	%	N	%		
Sexo	573	45,7	680	54,3	1253	
Solteiro	557	98,6	655	97,9	1212	
Faixa etária	13-14	74	12,9	89	13,0	163
	15-16	331	57,7	398	58,6	729
	17-18	151	26,3	180	26,5	331
	19-20	17	2,9	13	1,9	30
Religião	Católica	490	87,3	573	85,4	1063
	Outras	51	9,1	78	11,5	129
	Não Tem	20	3,6	20	3,0	40
Pratica Religião	458	84,2	604	91,9	1062	
Reside com pais	525	93,1	622	93,1	1147	
Profissão Chefe da família	Trab. Braçal	333	67,1	438	70,3	771
	Trab Técnico	108	21,8	120	19,3	228
	Nível Superior	16	3,2	17	2,7	33
	Aposentado	39	7,9	48	7,7	87

Tabela 3 - Práticas sexuais de adolescentes escolares do ensino público que responderam ao inquérito basal de dois municípios de Santa Catarina, Brasil, 2005.

Variáveis	Rapazes			Moças		
	Intervenção	Controle Interno	Controle Externo	Intervenção	Controle Interno	Controle Externo
Já teve relação sexual	53,70%	49,60%	60,90%	49,40%	50,00%	43,50%
Idade media 1ª relação	14,3	14	14,4	15,1	14,8	15,1
Idade media 1ª parceiro	16	15,5	16,3	19,1	19,2	20,1
Uso de camisinha 1ª relação	76,60%	73,20%	76,30%	82,50%	88,00%	90,20%
Camisinha ultima relação	86,00%	84,20%	89,10%	81,80%	77,60%	74,60%
Histórico de Gravidez	7,50%	0,00%	1,5%*	7,10%	0,00%	2,3%*
Abuso sexual	1,00%	4,10%	3,10%	3,30%	3,80%	5,40%
Prostituição	7,50%	9,30%	11,50%	3,50%	6,00%	1,60%
Protege-se da AIDS:						
Usa Camisinha	98,70%	100,00%	98,40%	96,80%	96,70%	93,00%
Menos parceiros	61,80%	65,20%	69,40%	69,70%	90,00%	75,7%*
Tem um parceiro	53,40%	59,20%	56,60%	77,10%	90,70%	90,9%*
Parou de transar	24,20%	18,80%	11,9%*	19,00%	35,50%	14,3%*
Número de parceiros nos últimos						
30 dias						
1 pessoa	35,50%	43,60%	38,90%	57,70%	75,50%	73,70%
2-4 pessoas	6,50%	7,30%	8,70%	4,50%	4,10%	3,80%
Camisinha 30 dias	29,90%	47,30%	39,80%	42,30%	53,10%	39,8%*
Gel lubrificante ouviu falar	74,90%	76,00%	80,10%	75,60%	74,30%	78,30%
Gel lubrificante usou	7,10%	9,30%	9,00%	6,90%	12,50%	6,80%

\*p<0,05, teste do qui-quadrado para comparação entre os grupos intervenção, controle interno e controle externo por sexo.

Tabela 4 - Diferenças de percentuais entre o inquérito de avaliação e o inquérito basal entre cada grupo divididos por sexo dos adolescentes escolares do ensino público de dois municípios de Santa Catarina, Brasil, 2005.

Variáveis	Rapazes			Moças		
	Intervenção	Controle Interno	Controle Externo	Intervenção	Controle Interno	Controle Externo
<b>Protege-se da AIDS:</b>						
Usa camisinha: sim	-0,2	-1,7	0,3	-3,3	0,2	-1,9
Tem menos parceiros	3,2	-15,2	-18,2*	14,8*	-10	2,7
Só tem um parceiro	6	-19,2*	-20,3**	15,1*	-6,8	4,4
Parou de transar	-8	-12,4	7	-1,1	-15,5	-2,7
<b>Usou camisinha na última relação</b>						
sim	-1,3	-14,2	-3,9	-13,4	-13,8	-8,2
<b>Últimos trinta dias, uso constante camisinha</b>						
	7,1	-9,7	0,9	-10,4	-24,1	-9,1
<b>Numero de parceiros nos últimos trinta dias</b>						
Somente uma pessoa	5,3	-13,8	-5,9	16,8	9,7	10,3
2 a 4 pessoas	5,7	-5,2	6,9	-2,5	-4,1	-3,8
5 ou mais pessoas	3,1	2,1	6,7	1,0	0	0,8
com ninguém	-14,0	16,9	-7,7	-15,4	-5,6	-7,3
<b>Gel lubrificante na camisinha:</b>						
<b>Ouviu falar</b>	16,1**	-2,5	5,5	12,5**	11,6	9,9*
<b>Gel lubrificante na camisinha: já usou</b>						
	8,1*	-2,9	2,2	3,1	-3,9	-0,9

\*p<0,05; \*\*p≤0,001

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 UNAIDS. *AIDS epidemic update* (www.unaids.org/Epi2005/doc/EPIupdate2005\_html\_en/)
- 2 BERMAN SM, HEIN K. *Adolescents and STDs*. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, NY: McGraw-Hil;1999: 129-142.
- 3 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *National Center for HIV, STD, and TB Prevention Division of STD Prevention, Sexually Transmitted Diseases Surveillance,2000*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2001:51-53.
- 4 BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. *Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2000, n.16, p.65-76, S.1.
- 5 SIMON, C.P. *Prostituição juvenil feminina e a prevenção da AIDS em Ribeirão Preto*. *Revista Saúde Pública* 2002;36 (4Supl) :82-7
- 6 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados de AIDS no Brasil*. Boletim Epidemiológico. Disponível na Internet em: <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/boletim>>. Acesso em: julho 2004
- 7 SINGH, S., DARROCH J.E. *Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in devel-oped countries*. *Int. Fam. Plan Perspect*.2000;32(1): 14-23.
- 8 MANLOVE J, TERRY E., GITELSON L., PAPILO A.R., RUSSEL S. *Explaining demographic trends in teenage fertility, 1980 – 1995*. *Int Fam. Plan. Perspect*. 2000;32(4): 166-75
- 9 SING S. *Adolescent childbearing in developing countries: a global review*. *Stud Fam Plam*. 1998; 29(2):117-36.
- 10 MARTINI G. *Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresch look at key factors*. *Popul Dev Rev*. 1996; 22(1): 47-75.

- 11 GUPTA N, LEITE IC. *Adolescent fertility behavior: trends and determinants in Northeastern Brazil*. Int. Fam. Plan Perspect.1999; 25(3):125-30.
- 12 ROBIN, L., DITTUS P., WHITAKER D., CROSBY R., ETHIER K., MEZOTT J. *Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy Among Adolescents: A Decade in Review*, *Journal of Adolescent Health* 2004;34: 3-26. <<http://www.medscape.com>
- 13 UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. *Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people: a review update*. Geneva; 1997. Disponível na Internet em:<<http://www.scielo.br>>
- 14 UNAIDS, Who. *HIV in pregnancy. A Review*. 1999
- 15 OLIGARI, P. J. *Estatística básica para Ciências Agrônômicas e Biológicas*. Florianópolis, Ed. UFSC,2005.
- 16 BERIA, J. et al. A transa e o uso de Camisinha em adolescentes escolares no Sul do Brasil. In: *Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo, 1998.
- 17 ANTUNES, M.C. *Influência das normas de gênero na prevenção de AIDS: Avaliando um modelo educativo para jovens. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.
- 18 MS., MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do multiplicador/ Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS – Brasília, 1997*.
- 19 MS., MINISTERIO DA SAUDE Manual – *Prevenir é sempre melhor. Coordenação Nacional de Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS*, Brasília, 1998.
- 20 FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1996.
- 21 LONGO, LAFB. *Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos*. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 2002; 19:229-47.
- 22 TAQUETE, S., VILHENA M.M, DE PAULA, M.C. *Doenças Sexualmente Transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro*. *Cad. Saúde Publica* fev 2004, vol.1, p.282-290.
- 23 BORGES, A.L.; SCHOR, N. *Início da Vida Sexual na Adolescência e relações de Gênero, um estudo transversal em São Paulo – Brasil, 2002*. *Cad. Saúde Pública*, abril 2005, vol.21. n°2, p.499-507.
- 24 BURSTEIN, G., LOWRY, R., KLEIN, J.D., SANTELLI, J. *Missed Opportunities for Sexually Transmitted Diseases, Human Immunodeficiency Virus, and Pregnancy Prevention Services during Adolescent Health Supervision Visits*. *Pediatrics* Vol. 111 n°5, may 2003, 996-1001 <<http://www.medscape.com>

- 25 FORD, K.; NORRIS A. E. *Alcohol use, perceptions of the effects of alcohol use and condom use in urban minority youth. J Acquired Immune Defic Syndomes and Human Retrovirol*, n.17, 1998, p269-79.
- 26 HARVEY, S. M.; SPIGNER, C. Factors Associated with HIV testing among adolescents: A Multivariate Analysis. *Adolescence*, v.30, n.118, Summer, 1995. <<http://www.medscape.com>
- 27 BAUS, J. KUPED, E.; PIRES, M. *Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.01, fevereiro, 2002.
- 28 TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; SILVA DE LIMA, M. *Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Revista de Saúde Pública*. São Paulo, Abril 2001, v.35, n. 02, p. 150-158.
- 29 MARQUES, A.C.P.R; CRUZ, M.S. *O adolescente e o uso de Drogas.*; *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 2000 n22 s.11, p 32-6.
- 30 MUZA, G.M., BETTIOL, H., MUCCILO G., BARBIERI, M.A. *Consumo de substancias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto – SP – (Brasil) - Distribuição do consumo por classes sociais. Revista de Saúde Publica – São Paulo 1997; v31, n2 abr.*
- 31 SILVA,J.L.P.; CHINAGLIA, M.L.M. *Gravidez na Adolescência: Programa de Atendimento. Febrasco – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstétrica*, São Paulo, Abril 2000 a.07, n.03. mp.11-12. .
- 32 SANTOS, V.L.; SANTOS, C.E. *Adolescentes, Jovens e AIDS no Brasil. Cadernos de Saúde e Desenvolvimento*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
- 33 POPULATION REFERENCE BUREAU. (PRB) *La Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes em América Latina y el Caribe: Riscos y Consecuencias, El Proyecto de Encuestas Demografías y la Salude(DHS) de Macro Internacional y la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de las enfermedades(CDC)*. Washington DC – Nov. 1992.
- 34 LUZ, A.M.H. *Adolescência – Preocupação com a Saúde da Juventude brasileira. I Informativo da ABEN*, a.41, n.02, p.11. Abr./Maio/Jun. de 1999.
- 35 WANG, Y. L., DAVIS, M., LEAH, R., COLLINS, J., COILE, K., BOWMLER, E. *Economic Evaluation of Safer Choices. A School-Based Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Diseases, and Pregnancy Prevention Program. Arch Pediatr Adolesc. Med.* 2000; 154: 1017-1024.
- 36 KIRBY, D. *The Impact f Schools and Schools Programs Upon Adolescent Sexual Behavior. The Journal of Sex Research*. Volume 39, number 1, february, 2002 pp. 27-33. <<http://www.medscape.com>
- 37 PAIVA, V. *Fazendo arte com camisinha. Sexualidade, jovens em tempos de AIDS*. São Paulo, Summos, 2000.

38 BRANCO, C. A. C.; COURA, L. C.; MORGADO, A. F. *AIDS e a mulher: uma questão de cumplicidade?* *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro 1999, IPUB, n.48, a.4, p.177 -182.