



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

ELAINE CRISTINY EVANGELISTA

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE BELÉM
SOBRE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL IST/AIDS: UM
OLHAR DA ENFERMAGEM.**

**BELÉM
2013**

ELAINE CRISTINY EVANGELISTA

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE BELÉM
SOBRE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL IST/AIDS: UM
OLHAR DA ENFERMAGEM.**

**LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO PARA A PRÁXIS
DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO.**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como parte do requisito ao título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Antonia Benedita Rodrigues Vieira.

Coorientador: Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

BELÉM

2013

ELAINE CRISTINY EVANGELISTA

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE BELÉM SOBRE
INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL IST/AIDS: UM OLHAR DA
ENFERMAGEM.**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 29 de novembro de 2013, atendendo normas da legislação vigente
da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós Graduação em Enfermagem –
Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Belém, 31 de Outubro de 2013.

Aprovada por:

Dra. Antonia Benedita Rodrigues Vieira – UFPA (Presidente)

Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos – UFPA (Vice-Presidente)

Dra. Jacira Nunes Carvalho – UFPA (1º Examinadora)

Dra. Maria de Fátima Carrera – UEPA (2º Examinadora)

Em: ___/___/_____

A minha Mãe, Maria Izabel, por ser um meu maior exemplo de luta, honestidade e superação. E de me mostrar à educação, como o melhor caminho para uma vida digna.

As minhas irmãs: Janaina e Isabel, que nos meus momentos de ausência, foram meus olhos e minhas mãos para cuidar da nossa mãe, sem elas, jamais conseguiria finalizar esse estudo.

Ao meu futuro esposo, João Paulo, que é um grande companheiro e apoiador incondicional desse sonho.

Esse é um momento de muita emoção. Lembrar-se daqueles que caminharam junto comigo e que me ajudaram a construir cada parágrafo é rever um filme e chorar com cada cena.

A **Deus** que me fez enxergar a necessidade de fazer um estudo com adolescentes e me proporcionou sensibilidade para realizá-lo e dia-a-dia me deu força de vontade para conseguir concluí-lo.

A **família do meu noivo João Paulo** (Socorro, Laércio e Camila) que me abraçaram e me transformaram em integrante da família e por diversas vezes cuidaram de mim: Torcendo por cada etapa realizada e proporcionando diversas vezes uma excelente alimentação.

As **minhas queridas amigas**: Cássia, Rivena, Zaide, Valéria, Deborah, Diana, Juliana, Silvia, Márcia, Gisele e Thalita que acompanharam, torceram e incentivaram cada etapa. Obrigada!

A minha **Orientadora, Profa. Antônia** Benedita Rodrigues Vieira, por conseguir controlar minha vontade de querer fazer tudo em uma única pesquisa, por me ajudar a sintetizar e organizar quais eram meus objetivos e por sua rica contribuição no que diz respeito a Infecções Sexualmente Transmissíveis. Obrigada!

Ao meu querido **coorientador, Prof. Edson** Marcos Leal Soares Ramos, pelo estímulo, pela forma divertida de me incentivar mesmo nos momentos mais desesperadores, por sempre me receber, me ensinar e me fazer acreditar que seria possível desenvolver uma pesquisa tão grande, com uma amostragem tão difícil, com um método em que eu não conhecia. Sem você, eu não teria conseguido! Algumas vezes lhe procurei, chorei por descobrir que fiz errado e em outro momento sorrir muito por me orgulhar de aprender a fazer o correto. Você foi maravilhoso! Inspirador! Você sonhou comigo. Muito Obrigada!

Aos **alunos** que gentilmente responderam o questionário e dessa forma me possibilitou a execução da pesquisa.

Aos **Diretores, Orientadores Pedagógicos e Professores** das instituições escolares que nos concederam suporte estrutural e colaboração para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos **Discentes da Faculdade de Enfermagem** que foram colaboradores e parceiros dessa pesquisa e caminharam junto comigo na construção desse sonho. De cada um levo um aprendizado e uma vivência. Juntos, formamos uma equipe e por isso o que era um sonho, hoje é realidade. Vocês são autores desse novo filme. Sem vocês teria um cd em branco. Meus sinceros Agradecimentos!

Adria Vanessa da Silva, Ana Carla Conceição de Jesus, Andrey Ferreira da Silva, Arleidy da Mata Souza, Arthur Brandão Ferreira, Camila Ferreira da Silva, Eileen Almeida Barbosa, Elaine Denise de Macedo Alves, Elane Araújo Azevedo, Elane Borges do Rosário, Elanny Glicia Oliveira da Costa, Fabrícia Rogéria Cardoso Correia, Fernando Lopes Cardoso, Gesiany Miranda Farias, Gilmaira Pires Filgueira, Gisele Sayuri Sousa Iwanaga, Glaucia Jackline Almeida da Costa, Jéssica Belém Macedo, Juanita Andréa Lopes Pinheiro, Juliana Fernandes Pantoja, Karine Ximendes Vericio, Karla Yasmine da Silva Braga, Lidiane Xavier de Sena, Lorena Pena dos Santos, Meriane de Moraes Corrêa, Mírian Sales de Andrade, Rejane neves lima, Rogério Pereira Braga, Rosiane Luz Cavalcante, Rosinete Cristina de Melo Wanzeller, Valmíra Soares de Oliveira e Wilker Silva Alves.

Aos **amigos de turma**, agradeço o convívio, as experiências compartilhadas e os momentos de construção. Em especial, aos **queridos amigos**: Aline, Viviane, Shirley, Wangler e Ana Paula, pelo cuidado dispensado, solidariedade nos momentos de angústia e companheirismo em me fazer acreditar que daria certo. Somos muito mais que um grupo, somos uma equipe. Obrigada por me ensinarem a amar cada um com seu jeito e a me fazer diariamente sonhar com vocês. Não tem como não amá-los!

Aos **queridos e inspiradores professores** do programa de Pós-graduação em Enfermagem: **Márcia** Maria Bragança Lopes, **Marília** de Fátima Vieira de Oliveira, **Lucia** Hisako Takase Gonçalves, **Genylton** Odilon Rêgo da Rocha e **Jacira** Nunes

Carvalho. Vocês me estimularam diariamente a querer ser um pouquinho de cada um de vocês. O aprendizado construído ganhou um toque especial em função do cuidado, do carinho e pelo estímulo diário. Se hoje eu acredito que posso muito mais devo isso a vocês. Eternamente grata pela paciência, confiança e aprendizado. Muito Obrigada!

A **coordenadora** do Programa de Pós-graduação que possibilitou todo esse sonho. Obrigada por me conduzir, por puxar a orelha quando necessário, por acalmar meu coração em momentos de angústia, por toda dedicação e compromisso, sua participação foi essencial. Com você pude admirar e querer aprender a delicadeza da fala.

A querida **Profa. Jacira** Nunes Carvalho que me possibilitou a primeira experiência com a temática e me fez querer conhecer cada vez mais esse universo. Obrigada pela aceitação em participar na banca de qualificação e defesa e pelas valorosas contribuições.

A professora **Maria** de Fátima Carrera pela contribuição na banca de qualificação e defesa.

A **Universidade Federal do Pará** por me possibilitar fazer esse mestrado na instituição em que admiro, amo e me orgulho imensamente fazer parte.

COLABORADORES

ADRIA VANESSA DA SILVA
ANA CARLA CONCEIÇÃO DE JESUS
ANDREY FERREIRA DA SILVA
ARILEIDY DA MATA SOUZA
ARTHUR BRANDÃO FERREIRA
CAMILA FERREIRA DA SILVA
EILEEN ALMEIDA BARBOSA
ELAINE DENISE DE MACEDO ALVES
ELANE ARAÚJO AZEVEDO
ELANE BORGES DO ROSÁRIO
ELANNY GLICIA OLIVEIRA DA COSTA
FABRÍCIA ROGÉRIA CARDOSO CORREIA
FERNANDO LOPES CARDOSO
GESIANY MIRANDA FARIAS
GILMAIRA PIRES FILGUEIRA
GISELE SAYURI SOUSA IWANAGA
GLAUCIA JACKLINE ALMEIDA DA COSTA
JÉSSICA BELÉM MACEDO
JUANITA ANDRÉA LOPES PINHEIRO
JULIANA FERNANDES PANTOJA
KARINE XIMENDES VERICIO
KARLA YASMINE DA SILVA BRAGA
LIDIANE XAVIER DE SENA
LORENA PENA DOS SANTOS
MERIANE DE MORAES CORRÊA
MÍRIAN SALES DE ANDRADE
REJANE NEVES LIMA
ROGÉRIO PEREIRA BRAGA
ROSIANE LUZ CAVALCANTE
ROSINETE CRISTINA DE MELO WANZELLER
VALMÍRA SOARES DE OLIVEIRA
WILKER SILVA ALVES

RESUMO

A adolescência é uma fase de transição, na qual o jovem ainda está por definir seus conceitos e a sua identidade. Dessa forma, os adolescentes, quando não são bem informados, podem aprender e divulgar informações erradas, que somados ao comportamento onipotente, característico desta fase, contribuem para experiências sexuais com riscos. O estudo visa Conhecer o perfil sócio demográfico, o comportamento sexual, as fontes de informações, conhecimento, atitude e prática quanto as IST/AIDS de estudantes adolescentes de escolas públicas da rede estadual de Belém-PA, período de novembro a dezembro de 2012. Trata-se de uma pesquisa seccional, tipo inquérito (conhecimento, atitude e prática) com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nos 8 distritos de Belém: DAMOS – Mosqueiro; DAOUT – Outeiro; DAICO - Icoaraci; DABEN – Bengui; DAENT- Entrocamento; DASAC- Sacramento; DABEL – Belém e DAGUA – Guamá, em escolas públicas da rede estadual. Foram convidados a fazer parte da pesquisa adolescentes de 12 a 18 anos que estavam cursando o ensino fundamental do 5º ao 9º ano ou o ensino médio do 1º ao 3º ano, do ensino regular de uma escola estadual em um dos 8 distritos de Belém e que os responsáveis concordaram com a participação na pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A amostra foi composta de 294 adolescentes do ensino fundamental e 123 do ensino médio, totalizando uma amostra de 417 entrevistados. Os estudantes foram submetidos, a um questionário auto-aplicativo, pré-codificado, anônimo e com perguntas fechadas, adaptado do ministério da saúde. O material obtido foi organizado, tabulado, analisado e apresentado em quadros, figuras e tabelas. Quanto ao perfil sócio-demográfico: 70,49% cursavam entre a 5ª e a 8ª série, 29,51% entre o 1º e o 3º ano, 47,72% já repetiram alguma série, 60,67% são do gênero feminino, 74,10% se declararam pardos, 92,80% são solteiros, 97,36% não tem filhos, 87,05% não trabalha, 59,48% tem a renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e 89,92% mora com os pais ou responsáveis. Quanto ao comportamento sexual: 50,36% já tiveram relação sexual, 26,67% tinham 15 anos na primeira relação sexual, 36,06% teve apenas um parceiro sexual, 61,91% tem vida sexual ativa, 55,99% tem parceiro sexual fixo e 94% são heterossexuais. Quanto às fontes de informações: 29,06% alegam obter informação sobre IST e métodos de prevenção na escola, 37,78% alega que gostaria de obter mais informações sobre sexualidade na escola, 32,14% acreditam que os professores não estão preparados para conversar sobre sexualidade e 41,12% acreditam que os pais também não estão preparados para conversar sobre a temática. Quanto ao conhecimento, atitudes e práticas: 81,77% desconhecem 3 formas de contágio as IST/AIDS, 59,95% desconhecem as 2 formas citadas no estudo quanto a prevenção as IST/AIDS, 94,62% desconhecem 3 formas de anticoncepção, 68,59% afirmam saber usar o preservativo, 75,06% alegam saber se prevenir contra uma gravidez indesejada, 61,25% não usou preservativo na primeira relação sexual e 44,36% afirmam usar preservativo em suas relações sexuais. É possível inferir que desenvolver ações de prevenção voltadas para os adolescentes é uma prioridade para o controle de doenças e é essencial que a enfermagem se faça presente nesse campo da educação em saúde e estabeleça uma parceria contínua com pais, escolas e sociedade.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis, Adolescentes, Escolas Públicas, Sexualidade, conhecimentos, atitudes e práticas.

SUMMARY

Adolescence is a transitional phase, in which the young is still to define its concepts and its identity. In this way, young people, when they are not well informed, can learn and disseminate erroneous information, which added to the omnipotent behavior, characteristic of this phase, contributing to sexual experiences with risks. The study aims to meet social and demographical profile, sexual behavior, and the sources of information, knowledge, attitude and practice about the IST/AIDS adolescent students of public schools in the State network of Belém-PA, period from November to December 2012. It is a sectional search, inquiry type (knowledge, attitude and practice) with a quantitative approach. The survey conducted in eight districts, Belém: DAMOS – Mosqueiro; DAOUT – Outeiro; DAICO - Icoaraci; DABEN – Bengui; DAENT- Entrocamento; DASAC- Sacramento; DABEL – Belém e DAGUA – Guamá in public schools in the State network. Teenagers invited to be part of the survey from 12 to 18 years old, who were attending elementary school from the fifth to the ninth grade or high school from the first to 3rd year regular education of a state school into one of the eight districts of Belém that officials agreed with participation in research, signing an informed consent (TCLE). The sample selected based on the number of students enrolled in elementary and High School State network in 2011 in the city of Belém, which was 146,416. The sample was composed of 294 teenagers elementary and high school 123, totaling 417 sample respondents. The students subjected to an auto-applicative questionnaire, pre-coded, anonymous and with close-ended questions, adapted from the ministry of health. The material obtained was organized, tabbed, analyzed and presented in tables and images. As for the socio-demographic profile: 70.49% attended between the 5th and the 8th grade, 29.51% between the 1st and the 3rd year, 47.72% already repeated any grade, 60.67% are female gender, 74.10% declared themselves Browns, 92.80% are single, 97.36% do not have children, 87.05% doesn't work, 59.48% have family income of 1 to 2 minimum wages and 89.92% live with your parents or guardians. As for the sexual behavior: 50.36% have had sexual intercourse, 26.67% had 15 years at first intercourse, 36.06% had only one sexual partner, 61.91% have active sex life, 55.99% has fixed sex partner and 94% are heterosexual. With regard to sources of information: 29.06% claim they obtained information about IST and prevention methods in school, 37.78% claims that I would like to obtain more information about sexuality in school, 32.14% believe that teachers are not prepared to talk about sexuality and 41.12% believe that parents also are not prepared to talk on the subject. Regarding the knowledge, attitudes and practices: 81.77% unaware of 3 forms of contagion the IST/AIDS, 59.95% unaware of the 2 forms cited in the study as the IST/AIDS prevention, 94.62% unaware of 3 forms of contraception, 68.59% claim to know how to use a condom, 75.06% claim to know if guard against unwanted pregnancy, 61.25% did not use a condom at first intercourse and 44.36% claim to use condoms in their sexual relations. It is possible to infer that develop prevention geared for teens is a priority for the disease control and it is essential that nursing be present in this field of health education and establish a solid partnership with parents, schools and society.

Keywords: sexually transmitted diseases, teenage girls, public schools, sexuality, knowledge, attitudes and practices. Keywords: sexually transmitted diseases, teenage girls, public schools, sexuality, knowledge, attitudes and practices.

RESUMEN

La adolescencia es una fase de transición, en el cual los jóvenes sigue siendo definir sus conceptos y su identidad. De esta manera, los jóvenes, cuando no están bien informados, pueden aprender y difundir información errónea, lo que añadido al comportamiento del Omnipotente, característica de esta fase, contribuyendo a experiencias sexuales con riesgos. El estudio pretende conocer el perfil demográfico y social, comportamiento sexual, las fuentes de información, conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes adolescentes IST/SIDA de las escuelas públicas en la red estatal de Huelva, punto desde noviembre hasta diciembre de 2012. Es una búsqueda seccional, tipo de consulta (conocimientos, actitudes y prácticas) con un enfoque cuantitativo. La encuesta fue realizada en 8 distritos de Belém: DAMOS – Mosqueiro; DAOUT – Outeiro; DAICO - Icoaraci; DABEN – Bengui; DAENT- Entrocamento; DASAC- Sacramento; DABEL – Belém e DAGUA – Guamá en las escuelas públicas en la red del estado. Fueron invitados a formar parte de los adolescentes encuesta 12 a 18 años que asistían quinto a noveno grado de la escuela primaria o secundaria de 1^o a 3^o Educación de año regular de un colegio estatal en uno de los 8 distritos de Belén que los funcionarios de acuerdo con participación en la investigación, firmando un consentimiento informado (TCLE). La muestra estuvo compuesta por 294 adolescentes de primarias y secundaria 123, con un total de los encuestados muestra 417. Los estudiantes fueron sometidos a un cuestionario de auto-aplicación, previamente codificado, anónimo y con preguntas cerrado, adaptados del Ministerio de salud. El material obtenido fue organizado, pestañas, analizados y presentados en tablas, figuras y tablas. En cuanto al perfil socio-demográfico: 70.49% asistieron a entre el 5 y el 8^o grado, 29,51% entre el 1^o y el 3er año, 47.72% ya repetido algún grado, 60.67% son de sexo femenino, 74.10% se declararon los Browns, 92.80% son solteros, 97.36% no tienen niños, 87.05% no funciona, 59.48% tienen ingresos familiares de 1 a 2 salarios mínimos y 89.92% vive con sus padres o tutores. En cuanto a la conducta sexual: 50.36% han tenido relaciones sexuales, 26,67% tenía 15 años en la primera relación sexual, 36,06% tenían sólo una pareja sexual, 61.91% tienen vida sexual activa, 55.99% ha fijado pareja sexual y el 94% son heterosexual. Con respecto a las fuentes de información: 29,06% afirman que obtuvieron información sobre IST y los métodos de prevención en la escuela, 37.78% afirma que me gustaría obtener más información acerca de la sexualidad en la escuela, 32.14% cree que los profesores no están dispuestos a hablar de sexualidad y 41.12% cree que los padres también no están dispuestos a hablar sobre el tema. Con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas: 81.77% inconscientes de 3 formas de contagio de las IST/SIDA, 59,95% ignora las 2 formas citadas en el estudio como la prevención IST/SIDA, consciente de las 3 formas de contracepción, 68.59% demanda para saber cómo usar un condón, 75.06% demanda saber si protector contra embarazos no deseados, 61.25% no usó condón en la primera relación sexual y 44.36% 94.62% afirman utilizar preservativos en sus relaciones sexuales. Es posible inferir que desarrollar prevención orientada para los adolescentes es una prioridad para el control de enfermedades y es esencial que la enfermería esté presente en este campo de la educación para la salud y establecer una sólida asociación con los padres, las escuelas y la sociedad.

Palabras claves: Enfermedades de transmisión sexual, adolescentes, escuelas públicas, sexualidad, conocimiento, actitudes y prácticas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

HIV - VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

HPV - PAPILOMAVÍRUS HUMANO

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IST - INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

PCNS - PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

TABELA 1	Distribuição de escolas estaduais de ensino Fundamental e Médio por distrito de Belém-PA, no ano de 2012.	59
TABELA 2	Distribuição de alunos de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio por distrito de Belém-PA, no ano de 2012.	60
TABELA 3	Quantidade de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012 por grupo.	62
TABELA 4	Perfil dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto à idade, grau de instrução, repetência escolar, gênero, raça, estado civil, paridade, ocupação, renda familiar e com quem o adolescente reside.	81
TABELA 5	Comportamento sexual dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto à relação sexual, número de parceiros sexuais, vida sexual ativa, parceiro sexual fixo e orientação sexual.	96
TABELA 6	Fonte de informações utilizadas pelos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012. Quanto: Com quem o adolescente obtém informações sobre IST, sexo e métodos de prevenção e gravidez e com quem ele gostaria de receber essas informações.	103
TABELA 7	Visão dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012 a respeito dos professores e os responsáveis estarem preparados para abordarem os temas IST/ AIDS e sexualidade.	105
TABELA 8	Conhecimento das formas de contágio das IST, formas de prevenção das IST/AIDS e formas de contracepção pelos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.	108
TABELA 9	Conhecimento das formas de contágio das IST, formas de prevenção das IST/AIDS e formas de contracepção dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012 <u>por distrito</u> .	109
TABELA 10	Reconhecimento de 3 formas de contágio de IST/AIDS pelos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.	110
TABELA 11	Reconhecimento de 2 formas de prevenção contra uma IST/AIDS pelos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.	111
TABELA 12	Reconhecimento de 3 formas de prevenir uma gravidez indesejada pelos estudantes adolescentes de escolas	113

	estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.	
TABELA 13	Atitude dos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto ao uso do preservativo e prevenção de uma gravidez indesejada.	114
TABELA 14	Prática dos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto ao uso do preservativo na primeira relação sexual e o uso do preservativo em relações sexuais.	116
TABELA 15	Resíduo e probabilidade de associação resultante da aplicação da análise de correspondência às variáveis em estudo.	120
TABELA 16	Resultados do teste Qui-quadrado e do critério β para verificar a associação entre as variáveis em estudos.	123
FIGURA 1:	Grupos escolares do ensino fundamental da rede estadual de Belém a partir do tamanho do quartil.	62
FIGURA 2:	Grupos escolares do ensino médio da rede estadual de Belém a partir do tamanho do quartil.	62
FIGURA 3:	Etapas do processo de seleção da amostra de pesquisa.	68
QUADRO 1	Peso do número de escolas do ensino fundamental da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 por distrito.	64
QUADRO 2	Peso do número de escolas do ensino médio da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 por distrito.	65
QUADRO 3	Escolas de ensino fundamental da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 selecionadas por distrito.	66
QUADRO 4	Escolas de ensino médio da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 selecionadas por distrito.	67

SUMÁRIO

1 TEMA -----	Pág. 17
2 OBJETO DE ESTUDO -----	Pág. 17
3 INTRODUÇÃO-----	Pág. 17
4 JUSTIFICATIVA -----	Pág. 23
5 PROBLEMÁTICA -----	Pág. 27
6 OBJETIVOS -----	Pág. 29
7 REFERENCIAL TEÓRICO -----	Pág. 30
EIXO 1: ADOLESCÊNCIA	
1.1 Conceituando adolescência-----	Pág. 30
1.2 Adolescentes na Região Norte-----	Pág. 31
1.3 Riscos e vulnerabilidades da adolescência-----	Pág. 32
1.4 O papel da família na vida do adolescente-----	Pág. 33
EIXO 2: EDUCAÇÃO E SEXUALIDADE	
2.1 A escola e o adolescente-----	Pág. 34
2.2 Sexualidade na adolescência-----	Pág. 37
2.3 Educação sexual -----	Pág. 38
2.3.1 A PREVENÇÃO EM SAÚDE-----	Pág. 45
2.4 A Enfermagem e o adolescente-----	Pág. 46
2.5 Programa saúde na escola-----	Pág. 48
EIXO 3: INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	
3.1 Conceituando as IST-----	Pág. 50
3.2 Histórico e epidemiologia das IST-----	Pág. 51
EIXO 4: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA	
4.1 Conhecimento-----	Pág. 54
4.2 Atitude-----	Pág. 56
4.3 Prática-----	Pág. 57
8 METODOLOGIA-----	Pág. 58
8.1 Abordagem e método -----	Pág. 58
8.2 Cenário da pesquisa -----	Pág. 59
8.3 População alvo -----	Pág. 59
8.4 Seleção da amostra -----	Pág. 60
8.5 Instrumento de coleta de dados -----	Pág. 68
8.6 Definições da variáveis: conhecimento, atitudes e práticas-----	Pág. 75

8.7 Análise dos dados	Pág. 76
8.8 Condições de exequibilidade	Pág. 78
8.9 Critérios éticos	Pág. 79
8.9.1 RISCOS E BENEFÍCIOS	PÁG. 80
9 RESULTADO E DISCUSSÃO	Pág. 81
10 CONCLUSÃO	Pág. 124
11 REFERÊNCIAS	Pág. 127
12 ANEXOS	Pág. 135
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Pág. 135
QUESTIONÁRIO	Pág. 136
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS ESCOLAS	Pág. 141
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	Pág. 175

1 TEMA

Sexualidade e vulnerabilidades dos adolescentes as infecções sexualmente transmissíveis.

2 OBJETO DE ESTUDO

Sexualidade e vulnerabilidades de estudantes adolescentes de Belém, de escolas estaduais, do ensino fundamental e médio as infecções sexualmente transmissíveis.

3 INTRODUÇÃO

Ao buscar o conceito de adolescência foi verificado que esse termo é conceituado de diversas formas. Assim, serão apresentados a seguir alguns desses conceitos.

Para Azevedo (2008), a adolescência é a fase de mudança gradual entre a infância e a vida adulta, distinguida por transformações físicas, psicológicas e sociais. Diferentes critérios podem ser empregados para demarcar esse momento. Na prática, o critério mais utilizado é o cronológico.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a adolescência é definida cronologicamente como a 2ª década de vida, o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade, pois, esses limites em geral abrangem a maioria dos eventos característicos dessa fase.

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente ECA, (2008), entende como adolescentes indivíduos de 12 a 18 anos.

É notável que existe uma divergência entre a definição cronológica de

adolescência para o Ministério da Saúde (2009) e o ECA (2008). Entretanto, como o primeiro emprega esse conceito para definir a faixa etária nos programas de saúde e o segundo é usado pelo Ministério da Saúde, para agrupar as informações de diversas doenças e agravos nos bancos de dados, o estudo foi elaborada empregando o conceito do ECA (2008).

Os dados do último censo do IBGE (2010) reforçam a necessidade de trabalhar com o público adolescente, uma vez que no Brasil, há quase 34 milhões de adolescentes, correspondendo a aproximadamente 18% da população total. E é nessa fase que os indivíduos encontram-se em situação de aprendizagem, possibilitando a adoção de novos comportamentos (GALLAND, 2008).

Para compreender melhor esse conceito, é importante entender as características da adolescência.

Segundo Freitas (2008)

A adolescência é um dos momentos mais conturbados do percurso dos homens. Esta fase implica uma desestabilização dos processos e valores que eram anteriormente estabelecidos, gerando, com isto, uma crise de perplexidade na medida em que estes valores e processos não podem ser utilizados de forma satisfatória neste momento da vida – período este propício ao aparecimento dos sintomas que incomodam não só os pais como a todo grupo social.

Já para Queiroz (2008) é uma fase de transição, na qual o jovem ainda está por definir seus conceitos e a sua identidade, seu sistema biológico está em constantes alterações, bem como os aspectos psicológicos, sociais e sexuais. Nesta etapa do desenvolvimento, o adolescente está absorvendo informações de várias fontes que podem ser aceitas ou negligenciadas, e as suas atitudes, a partir de então, dependerão da transformação que este conhecimento lhe trazer.

Dessa forma, os adolescentes, quando não são bem informados, podem aprender e divulgar informações erradas, que somados ao comportamento onipotente, característico desta fase, contribuem para experiências sexuais com riscos (FERREIRA, 2010).

Para pensarmos porque existe esse impulso, essa busca que faz

adolescentes iniciarem suas práticas sexuais, é importante que conheçamos um pouco sobre a formação da sexualidade humana.

Então surge a pergunta: Quando a sexualidade começa? Essa é uma questão bastante complexa. Mas, na realidade a sexualidade não tem um marco, entretanto, se forma, com o acúmulo de sensações prazerosas, desde que o indivíduo tem capacidade de registrá-las em seu sistema nervoso. Ou seja, a sexualidade é física, vivida no corpo e, depois, se amplia para as emoções (FERREIRA, 2010).

A sexualidade não é apenas sexo, mas, muito mais do que ele. Ela engloba toda uma série de experiências de bem-estar geradas por confortos físicos e emocionais provocadas pelo auto-contato, carinhos, relacionamentos com outras pessoas, toques físicos e, até o sexo propriamente dito. A compreensão dessa magnitude da sexualidade é um dos aspectos mais importantes para melhor compreendê-la (CASTRO, 2008)

A atração física leva ao toque e, um dia qualquer, definido pelos próprios jovens como “oportuno”, pode levar ao sexo. Motivo pelo qual a orientação sobre a paternidade e a maternidade planejada e sobre as formas de contracepção seja tão fundamental nessa fase, e, por isso, deva ser introduzidas logo (e ao longo) dessas mudanças físicas: para evitar situações de risco desnecessárias. Também a informação e a orientação do uso de preservativos para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive a AIDS, devem ser explicitadas (NUNES, 2008).

A prática sexual entre adolescentes é ampla e deve ser considerada para todas as políticas que envolvem este público, tanto de educação, como de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2009), 33% dos adolescentes antes de 18 anos já tiveram relação sexual.

É importante reforçar que dentre adolescentes, essa prática do sexo, muitas vezes é recriminada, tendendo a ser escondida e não planejada, o que leva a uma série de situações de risco, vividas pelo jovem (LIMA, 2008).

Um exemplo é o risco de ser descoberto: como ainda existe parte da sociedade que proíbe ou recrimina o sexo nessa faixa etária, ele tende a ser “repentino”, feito quando, onde e como dá, expondo os jovens a um não planejamento do lugar, do espaço, das condições de prevenção e privacidade e, até, de segurança onde ele acontece. Isso ocorre juntamente com o medo e com a insegurança de ser “pego” por adultos, principalmente familiares, que os obrigam a criar situações onde a ocorrência da burla e da mentira é constante e acaba afastando-os do contato com pais ou responsáveis (QUEIROZ, 2008).

De maneira geral, os jovens estão em busca de uma identificação, entretanto, a incerteza, a influência dos meios de comunicação e as fantasias que se encontram no início da prática sexual, associados com a pouca percepção de risco e limitada informação que têm sobre sexualidade e IST, coloca-os na condição de presa fácil das mais diferentes situações de risco como nas IST (RIBEIRO, 2008).

Apesar do avanço nos estudos sobre sexualidade humana, este tema ainda é tratado com preconceitos e contradições, a ponto de muitos afirmarem que é um assunto que só deve ser discutido dentre adultos, forçando muitos adolescentes a se afastarem da família e dificultando o acesso a informação de qualidade sobre o assunto (MANDÚ, 2007).

Entretanto, os adolescentes estão cada vez mais cedo se deparando com novos valores comportamentais, relacionados com a afetividade e a vida sexual. Além de experimentarem rápidas mudanças em seus corpos, sentimentos e relações com a sociedade, também passam a se tornar responsáveis por sua saúde e bem-estar (NUNES, 2008).

Em geral é na adolescência que se inicia a atividade sexual e que na maioria das vezes a primeira relação sexual se dá sem utilização de nenhum método de prevenção quanto à gravidez indesejada ou IST (BARROSO, 2008).

A liberação dos costumes e a erotização da mídia vêm estimulando uma iniciação sexual cada vez mais precoce, o que também contribui para o aumento das chances de jovens contraírem IST/AIDS, uma vez que, quanto menor a idade,

tendem a possuir menor informação e a apresentar um preparo mais frágil (BARROSO, 2008).

Assim, a possibilidade de informações inseguras, associada a pouca percepção de risco e fantasias que se deparam no início da prática sexual, tornam os adolescentes vulneráveis a muitas situações, tais como as IST (CASTRO, 2008).

Dados da pesquisa de Silva (2008) demonstram que, pelo menos, um terço dos 30 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo são jovens da faixa etária de 10 a 24 anos de idade, o que permite evidenciar a situação exposta anteriormente.

Nos últimos anos houve um crescimento do número de diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre adolescentes, como demonstra o Boletim Epidemiológico de AIDS publicado pelo Ministério da Saúde (2009), onde foram registrados 362.364 casos de AIDS no Brasil, sendo 4.331 (1,2%) entre adolescentes na faixa etária de 13 aos 19 anos. A este percentual devem-se acrescentar, ainda, os indivíduos com 10 a 13 anos, uma vez que o Programa Nacional de IST/AIDS os inclui no grupo infantil.

Essa realidade não é diferente no Estado do Pará. De acordo com o Boletim Epidemiológico de AIDS, divulgado pelo Ministério da Saúde (2010), o Pará em 2010 teve a sexta maior taxa de mortalidade entre todos os Estados brasileiros em decorrência da AIDS. A cada grupo de 100 mil paraenses em 2010, 7,2 morreram em razão da AIDS. No ano anterior, essa marca era de 6,6 a cada 100 mil habitantes. Rio Grande do Sul aparece como a unidade federativa com a maior coeficiente de mortalidade, são 13 mortes a 100 mil gaúchos. Em seguida, aparecem o Rio de Janeiro (9,7/100 mil); Amazonas (8,9/100 mil); Roraima (8,5/100 mil); e Santa Catarina (8,5/100 mil). A média nacional e nordestina a cada 100 mil ficou em 6,3 e 6,5, respectivamente.

A quantidade de mortes entre jovens de 15 a 24 anos em decorrência do vírus HIV também é crescente no Estado do Pará. Em 2010, 34 contaminados pelo vírus HIV nessa faixa-etária vieram a óbito. É um caso a mais que o apontado em 2009 e

3,4 superior à marca de 1998. A taxa de mortalidade é de 2,2 a cada 100 mil jovens, o quarto maior índice do País, atrás, apenas, do Rio de Janeiro (3,2/100 mil), Rio Grande do Sul (3,1/100 mil) e Amazonas (2,4/100 mil) (BRASIL, 2010).

Apesar das campanhas e da divulgação em massa sobre os métodos de prevenção, a AIDS continua a se expandir rapidamente entre as mulheres e entre os jovens de 15 a 19 anos. Muitas vezes, ela se dissemina por meio das primeiras experiências sexuais, atingindo jovens desinformados, psicologicamente despreparados ou precocemente iniciados na vida sexual (VIEGAS, 2010).

Atualmente, a prevalência de IST vem crescendo em ritmo acelerado. Para sua prevenção é necessário programas inovadores, que facilitem o processo de ensino-aprendizagem, com mudanças de comportamentos (BRASIL, 2009). Para o incremento dessas práticas é preciso estabelecer vínculo entre os serviços de saúde, educação e a família.

Verardo (2008) afirma que:

Há uma desinformação sexual entre os jovens, e a consequência disto é desastrosa. Assegura que a família deveria assumir o compromisso informativo e formativo, porém na maioria dos casos, ela acredita que a escola esteja desempenhando este papel. A escola por sua vez, afirma que a educação sexual deve iniciar-se na família.

A percepção do jovem é formulada a partir de suas diversificadas experiências cotidianas, na família, escola, entre os amigos e no que é divulgado pela mídia. Assim, considerando a condição de vulnerabilidade que o adolescente está exposto frequentemente, é preciso considerar a enorme responsabilidade que esses ambientes têm (MACEDO, 2009).

Se o intuito é de informar, ou melhor, formar, a escola destaca-se por ser esta a sua principal função (FERREIRA, 2010). É nesse ambiente que o indivíduo passa grande parte do seu tempo, tratando-se de um dos principais locais para contatos interpessoais (FREITAS, 2008). A educação sexual na escola está sugerida nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), dando autonomia aos estabelecimentos de ensino para decidirem a melhor forma de abordar a temática.

Com o objetivo de atingir esse “plano de educação”, o processo de formação de professores procura contemplar uma variável de diversidade de conteúdos, metodologias e técnicas de trabalho, da educação primária geral ou específica por áreas de ensino. No entanto, com relação aos temas chamados “transversais”, não há ainda uma formação acadêmica especial para os docentes, que saem sem critérios de abordagem, metodologia ou orientação condutas dos mesmos na escola (LDB, 2008).

Essa fragilidade na capacitação de professores estimula a perda de um momento importante para abordagem da sexualidade de adolescentes que deveria ser iniciada durante a infância. Assim, é importante que esses educadores sejam treinados para trabalharem o assunto e sejam acompanhados por profissionais da saúde como Enfermeiros e que a família seja convidada e estimulada a participar desse processo (LIMA, 2008).

Diante do exposto torna-se relevante aprofundar as discussões sobre o conhecimento dos adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis e indagar se pais e escolas estão desempenhando o papel de orientador e formador na vida do adolescente. Dessa forma, o estudo tem como objetivo identificar o conhecimento dos adolescentes de escolas Estaduais de Belém, do ensino Fundamental e Médio sobre as IST.

4 JUSTIFICATIVA

Abordar a temática é importante em decorrência do número de óbitos por AIDS não para de crescer no Pará. No ano de 2010, as mortes no Estado decorrentes da doença alcançaram o maior patamar desde o primeiro registro, em 1980. Foram 480 óbitos, cerca de três vítimas pelo vírus do HIV a cada dois dias. Em 2009, a quantidade de mortes foi 12% inferior, com 432 casos. Os dados foram divulgados pelo Ministério da Saúde (2010) e contabilizam um total de 4.186 óbitos no Estado, ao longo desses 30 anos. Em todo o País, o número de mortes chega a 241,4 mil (BRASIL, 2010).

Apesar da ampliação ao acesso a saúde com o advento do SUS em 1990, os avanços desse sistema não acompanharam o avanço da epidemia de AIDS no mundo, uma vez que por muitos anos foi priorizado o tratamento ao invés da prevenção. As ações de promoção de saúde são importantes formas de abertura para o diálogo entre escola e serviços de saúde, para se criar redes para promoção de saúde e, sobretudo, manter um canal de comunicação para troca de informação e estabelecimento dos vínculos necessários ao atendimento de problemas de saúde sexual e reprodutiva (ARILHA, 2008).

Esse elo entre educador, profissional de saúde, família e sociedade é uma possibilidade de enfim, realizar a efetiva educação em saúde a médio e longo prazo e assim, reduzir os números alarmantes de IST/HIV e gravidez precoce entre adolescentes (OMS, 2009).

Algumas vezes, o professor não consegue estabelecer esse diálogo com o adolescente, em decorrência da indisponibilidade de treinamentos sobre como abordar essa temática. Assim, é necessário que esse educador seja treinado e acompanhado por profissionais da educação e da saúde. Profissionais que tenham formação científica e técnica sobre o tema, como é o caso do Enfermeiro que durante a graduação ganha fundamentação a partir das matérias de base do curso e aprende técnicas metodológicas através da Licenciatura (MACEDO, 2009).

Trabalhar com adolescente reforça a perspectiva da necessidade da prevenção precoce. O distanciamento de informações seguras e de qualidade, encaminha o adolescente para uma conduta de risco e um comportamento de vulnerabilidade (CASTRO, 2008).

Dessa forma, identificar o conhecimento dos adolescentes sobre IST é uma possibilidade de diminuir uma lacuna textual sobre o tema, é uma tentativa de forçar a sociedade a enxergar a sexualidade do adolescente como uma etapa normal do processo de desenvolvimento.

Apesar do tema IST já ter sido discutido por muitos autores Freitas (2008);

Galland (2008); Macedo (2009), a pesquisa ainda possui muita importância, por retratar a realidade da região Norte que ainda não tem estudos sobre o assunto. Assim, mostra-se com grande ineditismo por focar a realidade do contexto amazônico.

Através da pesquisa e da divulgação dos dados, é possível que o familiar do adolescente tenha a oportunidade de compreender como ele visualiza a temática IST e o que ele sabe sobre formas de prevenção, é uma possibilidade de fazer com que essas famílias criem estratégias de como lidar com o adolescente.

Ter estudos sobre o conhecimento de adolescentes sobre IST estimula a oportunidade de aproximar o adolescente e a família a sua realidade, através de informações atualizadas. É uma maneira de compartilhar a realidade do adolescente. É um mecanismo para estimulá-lo a compreender o quanto está suscetível as IST.

Com o processo de globalização, o acesso a internet e aos meios de comunicação, ocorre uma aproximação cada vez mais precoce dos adolescentes a temática sexualidade. Durante a infância ocorre uma aproximação mais ingênua e infantil, no início da maturidade sexual, na adolescência, essa aproximação torna-se mais intensa em virtude de ser um processo natural de descoberta da sexualidade. A aproximação entre os adolescentes é reforçada em vários momentos da vida. (GALLAND, 2008).

O interesse em conhecer o sexo oposto estimula os adolescentes que estão saindo da educação primária e irão experienciar uma nova fase educacional, as séries finais do ensino fundamental, a se depararem com uma fase de transição, de responsabilidade e autonomia, sendo conduzido a um novo caminho, o contato com adolescentes de outras faixas etárias que já vivenciaram outras experiências e algumas vezes podem influenciar aquele adolescente recém saído das séries iniciais do ensino fundamental a se afirmar através de relatos ou concretizações de uma nova experiência sexual para fazer parte de um grupo (BARONE, 2009).

A pesquisa ganha grande relevância, devido à deficiência de estudos locais

que disponibilizem como os adolescentes conseguem informação sobre IST, assim como o uso ou não de medidas preventivas em relação às IST e a qualidade dessas informações.

É necessário entender os motivos que afastam os adolescentes de informações de qualidade sobre o assunto e em que momento da transmissão de conhecimentos ocorre falhas. E dessa forma, preencher uma lacuna importante no conhecimento (NUNES, 2008).

A pesquisa poderá trazer grande contribuição para o avanço do conhecimento, proporcionando subsídios para realização de novos estudos e possui grande relevância social por proporcionar informação sobre o comportamento do adolescente e assim, poderá facilitar a abordagem do assunto entre pais e filhos, aluno e professor, cidadão e sociedade.

Quando foi pensado o estudo surgiu à indagação: com que adolescentes será desenvolvido a pesquisa? Rede estadual, federal, municipal ou privada. A escolha pela rede estadual de ensino aconteceu em decorrência do número expressivo de alunos matriculados em 2011 na rede estadual (146.416 estudantes), sendo 100.902 do ensino fundamental e 45.514 do ensino médio, na rede municipal 47.358 estudantes, na rede federal 2.100 e na rede privada 26.350 (DCNE, 2011). Dessa forma, optou-se pela rede estadual por ser a realidade de ensino vivenciada pelo maior número de adolescentes.

Trabalhar com os adolescentes, da rede estadual de ensino de Belém, do ensino fundamental e médio, é uma possibilidade de compreender, se mesmo com tanta disponibilidade de informação sobre o assunto, essas informações são suficientes para proporcionar a mudança tão esperada no comportamento desses adolescentes.

5 PROBLEMÁTICA

Segundo Abestury; Knobel (2009)

Podemos dizer que adolescência é sinônimo de crise, pois o adolescente em busca da identidade adulta passa por um período "turbulento", variável segundo o seu ecossistema sócio-familiar, onde comportamentos considerados como anormais ou patológicos em outras fases do desenvolvimento devem ser considerados normais nessa transição para a vida adulta.

O comportamento sexual dos adolescentes brasileiros pode ter impactos demográficos tanto no âmbito da fecundidade, quanto da morbidade e mortalidade. Quando não tratadas, as IST causam danos à saúde da mulher, como câncer do colo de útero e a diminuição da fertilidade. Dentre as IST existentes, a AIDS é considerada, hoje, uma epidemia no Brasil. Entre 1980 e 1999, as mulheres brasileiras de 15 a 19 anos infectadas pelo HIV representavam 2,8%, enquanto os homens perfaziam 1,9% do total acumulado (BRASIL, 2009). Uma vez que o vírus HIV permanece incubado por seis a dez anos em média sem manifestar sinais clínicos, o comportamento sexual desse grupo etário pode trazer graves consequências, apesar da sua pequena participação relativa (MONTAGNIER, 2010).

No caso dos adolescentes, a razão de sexo dos infectados por HIV era de 11 homens para cada mulher em 1985. Esse cenário torna-se assustador em 2008: para cada mulher diagnosticada com o vírus, há 1,25 homens infectados (BRASIL, 2008).

O aparecimento da AIDS impôs modificações na conduta dos indivíduos, tem-se observado que os adolescentes brasileiros estão apresentando comportamento de risco e não de prevenção. Assim, tentar entender o porquê dos comportamentos de risco dos adolescentes com relação esta doença é de extrema importância para a formulação de políticas sociais (VIEGAS, 2010).

O cenário sexual dos adolescentes reflete as normas da cultura sexual brasileira. Como acontece com os adultos, os valores e práticas sexuais entre os

adolescentes são determinados pela classe social, raça, gênero, idade etc. (ARILHA, 2008).

Observa-se um aumento em 15% do número de adolescentes grávidas desde 1980. De cada 100 mulheres que têm filhos no Brasil, 28 engravidam antes dos 18 anos, 13,4% dos acometidos pela AIDS são adolescentes e que esta epidemia vem atingindo cada vez mais o gênero feminino (BRASIL, 2008).

De 1980 a junho de 2008, foi identificado um total de 506.499 casos de AIDS no Brasil, considerando a região Norte neste mesmo período ocorreram 58.348 casos de AIDS, correspondendo a 11,52% de casos de AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na região Norte encontra-se o estado do Pará composto por 144 municípios, é estado mais populoso da região norte. Sua capital, Belém, é a maior cidade da Região Norte. Sua região metropolitana é composta por cinco municípios (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara). O Município de Belém está dividido em oito Distritos Administrativos e 71 bairros. Mais de um terço da população do estado do Pará vive em área ribeirinha o que pode dificultar o acesso a informação de qualidade sobre prevenção de IST (IBGE, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, no mundo todo, um entre 20 adolescentes contrai algum tipo de IST a cada ano. Diariamente, mais de 7 mil jovens são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS no decorrer dos próximos 15 anos. Aproximadamente 80% das transmissões do HIV no mundo decorrem de práticas sexuais sem proteção. Vale ressaltar que, na presença de uma IST, o risco de transmissão do HIV é de 3 a 5 vezes maior. (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Percebe-se que, mesmo sendo a informação parte importante na educação sobre sexualidade e prevenção das IST/AIDS, a disseminação do conhecimento para promover o sexo seguro e sadio continua sendo ignorado e não tem

conseguido provocar a mudança de comportamento desejada entre os jovens. Assim, surge a questão que norteará este estudo: **Qual o perfil sócio demográfico, o comportamento sexual e o conhecimento, atitudes e práticas dos adolescentes de escolas Estaduais de Belém, do ensino Fundamental e Médio sobre IST?**

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil dos estudantes adolescentes de Belém, de escolas estaduais, do ensino fundamental e médio, quanto à sexualidade e o conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis.

6.2 Objetivos específicos

- 1.** Conhecer o perfil sócio-demográfico (faixa etária, gênero, estado civil) e sócio-econômico dos estudantes;
- 2.** Obter dados a respeito do comportamento sexual dos estudantes em relação às IST e quanto ao uso de métodos contraceptivos na prevenção de IST/AIDS e gravidez;
- 3.** Detectar as fontes de informações dos adolescentes a respeito das IST;
- 4.** Identificar conhecimento, atitude e prática dos adolescentes quanto as IST/AIDS;

7 REFERENCIAL TEÓRICO

EIXO 1: ADOLESCÊNCIA

1.1 Conceituando Adolescência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2009), a adolescência do ponto de vista biológico, constitui um processo fundamentalmente biológico e de vivências orgânicas, em que se acelera o desenvolvimento cognitivo e de estruturação da personalidade.

Baseado em uma análise sobre o lado psicológico, o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas. Em nosso meio cultural, demonstra períodos de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até a homossexualidade ocasional. O que configura uma entidade semipatológica, que denominam "síndrome normal da adolescência", que é perturbada e perturbadora para o mundo adulto, mas necessária, absolutamente necessária, para o adolescente, que neste processo vai estabelecer a sua identidade, sendo este o objetivo fundamental deste momento da vida (ABERASTURY ; KNOBEL, 2009).

E do ponto de vista social, a adolescência corresponde a um período da vida, no qual o indivíduo perde direito e privilégios de criança e começa a assumir direitos e responsabilidades de adulto (COLI, 2007).

Aberastury; Knobel (2009) ponderam que:

A severidade e a violência com que, às vezes, se pretende reprimir os jovens, só cria um distanciamento maior e uma agravação nos conflitos, com o desenvolvimento de personalidades e grupos sociais cada vez mais anormais. Que em última instância implicam uma autodestruição suicida da sociedade.

É possível visualizar o adolescente sobre diversos aspectos e diferenciadas óticas, porém, compreendê-lo exige conhecimento, educação e confiança mútua entre as partes envolvidas. Ou seja, é preciso que o adolescente veja os responsáveis como uma pessoa próxima, amiga e que seja seu colaborador e não como um causador de conflito (SANTOS ; SANTOS, 2009)

1.2 Adolescentes na Região Norte

A intensidade do fluxo migratório, interligado às modificações verificadas na fecundidade e na mortalidade da Região Norte na segunda metade do Século XX, em especial nas décadas de 70 e 80, apresentou importante influência sobre a estrutura etária da população nortista, de tal forma que, em 2000, foi encontrado uma sociedade amazônica de composição ainda formulada por um grande contingente de jovens. O que comprova que, na década de 90, as taxas de desenvolvimento da população total e de jovens na Região foram as mais altas quando comparadas as demais regiões brasileiras (IBGE, 2000).

Essas disparidades são decorrências, especialmente, do desempenho diferenciado da produtividade e da migração na Região Norte e no restante do país. Dessa forma, vemos que a Região Norte é constituída por mais de dois milhões e oitocentos mil adolescentes e jovens, representando aproximadamente 21% da população regional, superior, portanto, à participação desse segmento etário na população do País. Em 1991, a diferença entre a Região Amazônica e o restante do País continuava elevada (média de 2,9 filhos por mulher para o Brasil e 4,2 filhos na Região Norte) (INEP, 2010).

A gravidez leva sérios riscos às adolescentes devido a sua imaturidade física e psicológica, falta de apoio dos familiares, início tardio do pré-natal ou mesmo a falta deste e as dificuldades em concluir seus estudos, o que afeta sua qualidade de vida, sua oportunidade de emprego e sua estabilidade financeira (BARROS, 2007).

Os problemas referentes a uma população jovem exigem solução rápida, especialmente, quando se refere a políticas públicas, uma vez que cada segmento deste contingente populacional oferece necessidades específicas, como questões

relacionadas à educação profissionalizante, assim como ao primeiro emprego, que se constituem num problema adicional na medida em que as iniciativas neste setor se mostram pouco eficientes e que proporciona a fragilidade dos adolescentes e os expõem ainda mais as IST (TEIXEIRA; BRASIL, 2008).

1.3 Riscos e vulnerabilidades da adolescência

Existem inúmeras dificuldades em educar os adolescentes, principalmente no que tange a orientação sexual. E os pais diante dessa dificuldade repassam à escola esse papel e como muitas vezes a escola não se encontra preparada para abordar esse assunto o adolescente acaba iniciando a vida sexual sem preparo e fica conseqüentemente exposto às IST (NUNES et al, 2008).

O sentimento ilusório de proteção e poder sobre a vida que maximizam os riscos de transmissão de IST e o despreparo inicial para compreender e desfrutar a vida de uma forma geral é característica atribuída à adolescência. Igualmente como, a sua eventual baixa auto-estima, manifestação de conflitos emocionais, relacionamentos instáveis com a família, amigos e namorados, justamente no momento de cobrança e definição do seu papel a ser assumido na vida em sociedade intensificam a possibilidade de contaminação com IST (AZEVEDO, 2008).

As crises emocionais e de identidade próprias desta fase da vida, levam os jovens a buscar alguma forma de destaque, estes necessitam se caracterizar como alguém único (MACEDO, 2009).

De acordo com Assumpção (2008),

O adolescente vive sensações e emoções de maneira intensa, mas ainda não tem uma estrutura psíquica em condições de manter sua intensidade.

Existe uma série de dificuldades a ser enfrentado para tomar decisões, definir a própria identidade, afirmar-se diante do seu grupo e contemporizar a satisfação do desejo com a sua permissão social. Todos esses fatores influenciam diretamente na adoção ou não de hábitos saudáveis para a prevenção das IST, em especial da AIDS. É primordial, portanto, promover e fortalecer a participação ativa da juventude

no processo de sua educação, incluindo principalmente a estimulação ao uso do preservativo (AZEVEDO, 2008).

Para Pimentel, (2009),

Os conflitos vividos pelo adolescente possuem diversas significações, contudo a insegurança permeia a todas as modalidades, o que requer dos cuidadores decodificação dos sintomas, silêncios, evasões, distanciamentos, etc. isto é, das manifestações que por não serem identificadas em tempo podem transforma-se em graves síndromes.

No Brasil a gestação entre 15 e 19 anos cresceu na taxa de 26% entre os anos de 1970 a 1991. A gestação em adolescentes traz sérios riscos de complicações e morte tanto para a mãe como para o feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É importante que sejam realizados acordos entre alguns setores, tanto sociais como governamentais, para que assim ocorra um incentivo da participação da sociedade civil, e dessa forma discorrer sobre as consequências e vulnerabilidades das IST, prevenções destas e formulações de políticas públicas. Visando principalmente as crianças e os adolescentes, pois são estes os mais suscetíveis a contaminações (VIEGAS, 2010).

1.4 O papel da família na vida do Adolescente

Segundo Tiba (2008),

"A adolescência é uma espécie de segundo parto, no qual a criança nasce da família para a sociedade, a família é o útero que proporciona o desenvolvimento e prepara a criança para, neste período da adolescência, sobreviver na sociedade por si mesma, fala que "se no ventre materno a mensagem dominante que a criança recebia era ditada pelos cromossomos, no útero familiar a mensagem dominante será a do como somos". Ou seja, a forma que os pais mostram como vivem se sente e age diante da vida".

O ECA, no Capítulo 111 do direito à convivência familiar e comunitária, Seção I, Art.19 revela que "toda a criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e excepcionalmente, em família substituta, assegurada à convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes" (FERREIRA, 2010).

A família apresenta funções como à reprodução e regulação sexual, para que exista a perpetuação da espécie; a socialização e função educativa, onde irá repassar a cultura, seus valores e costumes através das gerações, além da manutenção e da produção de recursos de subsistência, o que determina a divisão do trabalho de seus membros e condiciona para a contribuição na vida econômica da sociedade. Além disso, esta vem se modificando ao longo do tempo paralelamente com o que ocorre na nossa sociedade, por meio das mudanças religiosas, econômicas e sócio-culturais. É nesta entidade familiar que o indivíduo recebe proteção e por ela é socializado, mas é sabido que nem todas desempenham esse papel pelo simples fato de não se adequarem ou não estarem inseridas nestas transformações sociais (OPAS/OMS, 2008).

É comum, neste momento da vida, o embate do adolescente com os pais, pois à medida que o jovem vai desenvolvendo o pensamento, a lógica e a crítica percebe que o mundo a que está inserido não pode mais ser visto somente pelos olhos dos pais, como ocorria na infância, onde a maioria das coisas que acontecesse tanto em aspectos positivos quanto em negativos estariam sempre protegidos pelos pais (FREITAS, 2008).

EIXO 2: EDUCAÇÃO SEXUAL

2.1 A Escola e o adolescente

Quando se fala de sexualidade, pressupõe-se falar de intimidade, uma vez que ela está estreitamente ligada às relações afetivas. Trata-se, também, de uma forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece para viver suas relações pessoais e interpessoais a partir de seu papel sexual. Daí podermos afirmar que a sexualidade é um instrumento relacional importante, embora não seja o único (LIMA, 2008).

"A sexualidade é um atributo de qualquer ser humano. Mas para ser compreendida, não se pode separá-la do indivíduo como um todo. Ela é parte integrante e intercomunicante de uma pessoa consigo mesma e para com as outras. Portanto, é muito mais do que simplesmente ter um corpo desenvolvido ou em desenvolvimento, apto para procriar e apresentar

desejos sexuais" (GHERPELLI, 2009).

O exercício da sexualidade na adolescência poderá constituir risco variável para o projeto de vida e até da própria vida, bastando para isso lembrar conseqüências como: gravidez precoce, aborto, AIDS e outras IST. No momento em que se consideram as IST na adolescência, torna-se cada vez mais clara a importância da educação sexual na prevenção de fatores de risco. Para a realização dessa importante tarefa, deve-se contar com todos os segmentos da sociedade, com a família, os profissionais da educação e da saúde, ou seja, uma equipe multiprofissional. Porém, quando se procura educar, informar, ou melhor, ainda, formar, a escola destaca-se, entre os grupos de referência, por ser esta sua função principal (SILVA, 2008).

Ainda existem muitos pais que se encontram despreocupados achando que na escola seus filhos terão orientações adequadas sobre o tema da educação sexual. Na prática, o que se observa é um grande despreparo das escolas neste campo, sejam escolas particulares ou públicas, e orientações inadequadas estão sendo passadas aos adolescentes (MACEDO, 2009).

No momento em que os profissionais da educação resolver trabalhar essa temática, alguns princípios básicos deverão ser estabelecidos para que suas atuações tenham êxito. A orientação sexual não deve tomar como base apenas o uso de preservativos e anticoncepcionais, mas, sim, o resgate do indivíduo, enquanto sujeito de suas ações, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro (OSELKA, 2009).

No Brasil, são poucos os estudos relacionados ao exercício da sexualidade e à abordagem da educação sexual. Na família o diálogo é ainda pobre ou inexistente; na escola, o debate é tímido e ocorre voltado mais para os aspectos biológicos, reforçando a idéia da sexualidade ligada à reprodução e tanto educadores como profissionais de saúde permanecem com posturas impregnadas de preconceitos e tabus. Estes são transmitidos aos jovens de maneira, por vezes, mais marcante do que a pseudo-abertura colocada na fala, mas que não encontra respaldo na postura

(GALLAND, 2008).

Apesar do papel da educação sexual ser ainda discutível para evitar as experiências sexuais precoces, sabe-se que as IST dentre adolescentes não será controlada sem orientação sexual, o fato das jovens terem aulas sobre sexualidade não influencia a sua decisão de iniciar a atividade sexual, ocorre, na verdade, entre elas, menor número de gestações. Adolescentes que receberam aulas de orientação sexual usam preservativos em maior escala na primeira relação e, ainda, que os jovens sempre apontam a escola como fonte de informação sobre sexualidade, valorizando não só esses conhecimentos como o local onde os receberam (REATO, 2008).

Dessa forma, a escola deve se ampliar cada vez mais, abrangendo sempre conhecimentos mais relevantes sobre adolescência e sexualidade, o que possibilitará o desenvolvimento de técnicas de abordagem ainda mais adequadas. Para contemplar essa necessidade foi implantado pelo Ministério da Educação e do Desporto os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), desenvolvendo os temas transversais de orientação sexual nos currículos escolares, nas diversas áreas de conhecimento, que tem como finalidade promover reflexões e discussões de forma que ajudem o aluno a enfrentar com responsabilidade e maturidade as manifestações da sexualidade (LDB, 2008).

Torna-se necessário buscar instrumentos que permitam melhor preparar aquele que vai orientar e, dentro desse enfoque, não só os professores de Ciências ou Biologia serão responsáveis pela transmissão do conteúdo, mas a escola como um todo. Esse conteúdo não mais contemplará a reprodução em detrimento da sexualidade. A educação sexual é, sim, um meio e não um fim, fazendo-se clara a necessidade de haver reflexão sobre as singularidades de cada faixa etária e sobre os fatores de risco (REATO, 2008).

Para isto, talvez o primeiro passo seja reconhecer a criança como ser sexuado e o adolescente desvinculado dos estereótipos que o ligam à liberação dos costumes, ao erotismo excessivo e à promiscuidade, é igualmente importante não encarar a sexualidade como sinônimo de sexo ou atividade sexual, mas, sim, como

parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade (GALLAND, 2008).

A dupla moral persiste, ainda que camuflada, e empurra os adolescentes do gênero masculino para o início da vida sexual, fazendo restrições às jovens para o mesmo tipo de proposta de educação sexual. E esta deve conter liberdade, responsabilidade e compromisso, a informação funcionando como instrumento para que o adolescente de ambos os gêneros possam ponderar decisões e fazer escolhas mais adequadas (LIMA, 2008).

2.2 Sexualidade na adolescência

A sexualidade humana nasce com o indivíduo e transforma-se constantemente ao longo de toda a sua evolução, porém só desaparece com a morte. Mesmo antes de o bebê nascer, tem início a formação de uma importante parte da sexualidade do indivíduo: é a formação do sexo biológico. A partir daí, a sexualidade vai se desenvolvendo com características específicas para cada uma das fases da vida, transformando-se e ampliando-se até o fim da vida, não acabando jamais (REATO, 2008).

Nos anos que se seguem, imediatamente, aos 10 anos de idade, dá-se um acentuado aumento na produção de hormônios da hipófise e da tireóide ligados, diretamente, ao crescimento, mas também outros que agem sobre os órgãos sexuais, ou seja, os ovários da mulher e os testículos do homem (MARTINS, 2008).

Durante este período verifica-se um rápido crescimento de altura e os hormônios, da hipófise e da tireóide, fazem com que no indivíduo seja despertado o interesse para a vida sexual. Atualmente esse despertar é acionado, principalmente, pela mídia, não podendo ser esquecido o fato de o adolescente ter inclinações estéticas, artísticas e, até mesmo, religiosas (CORRÊA, 2009).

Porém, sexualidade é muito mais do que sexo. Ela é um aspecto central da vida das pessoas e envolve sexo, papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional, amor e reprodução. É vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças atitudes, valores,

comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em todas as sociedades, as expressões de sexualidade são alvo de normas morais, religiosas e científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008.).

Sendo assim, percebe-se que os adultos têm grande dificuldade em lidar com questões referentes à sexualidade dificultando ao jovem um maior conhecimento sobre o corpo, seus desejos e impulsos. Os adolescentes procuram respostas, mas os adultos, na maioria das vezes, só conseguem dar explicações didáticas sobre o corpo humano o que não lhes interessa muito. Não podemos deixar de lembrar que essas dificuldades têm origem, certamente, na educação patriarcal, cheia de tabus, de desinformação e medo de mudanças que eles tiveram (JESUS, 2007).

2.3 Educação sexual

Anteriormente ao século XV, a educação é fornecida principalmente no núcleo familiar. Após este período, é a escola quem passa a ser incumbida de fornecer o aprendizado (FREITAS, 2008).

De acordo com Assumpção (2008),

A adolescência é um período de novos tipos de amizades, do desabrochar da sexualidade, de interesses mutáveis e consciência incipiente. É um tempo de transição de um espaço na família para um espaço no mundo exterior: um tempo de ansiedade, receio e expectativa, do medo e da excitação em face do desconhecido.

Os responsáveis pelos adolescentes ficam apreensivos em passar informações sobre educação sexual. Temem que este tipo de informação venha encorajar os jovens a ter relações sexuais precoces, logo preferem se omitir desta função imaginando que assim irá ocorrer a extinção do problema, porém na verdade estão gerando um total desconhecimento sobre o assunto (MACEDO, 2009).

Os adolescentes recebem informações contraditórias sobre sexualidade

provenientes da televisão, internet, revistas etc. que hora os incentivam à prática da relação sexual e horas veiculam mensagens negativistas, provocando medo e apreensão referente ao assunto (LIMA, 2008).

Tradicionalmente, na cultura brasileira, os conhecimentos do sexo e das atividades sexuais antes do casamento tem sido alvo de reprovação, particularmente para as mulheres. O bem conhecido padrão desigual tem permitido aos rapazes ter maior liberdade após a puberdade - o que, de uma maneira geral não acontece (PIMENTEL, 2009).

A adolescência por ser uma fase de conflitos entre as modificações físicas e psicológicas sofridas pelo o adolescente faz com que o comportamento sexual e os padrões reprodutivos fiquem altamente suscetíveis as influências sociais e tornam o adolescente mais vulnerável às IST. A sexualidade, neste sentido, ganha ampla conotação dentro do contexto sociocultural e biológico no qual está inserido, sendo demonstrado que esta diminuição da idade de início das práticas sexuais, a multiplicidade de parceiros e a ausência do uso de preservativos, aliados a hábitos socioculturais e crenças, apresentam-se como fatores relevantes pela vulnerabilidade, o que dificulta a quebra da cadeia de transmissão da (AIDS) (CASTRO, 2008).

Nas famílias em que a informação sexual é aberta, é mais fácil a aceitação da sexualidade aumentada de seus filhos adolescentes e, à medida que os pais transmitem a aceitação, maiores possibilidades existem de se estabelecer limites realistas, sensíveis e de tolerar transgressões menores. Portanto, proporciona ao adolescente uma estrutura de aceitação para expressar e experimentar esse novo fator da vida de forma segura e com mais responsabilidade (BRADEN, 2010).

Tanto o adolescente quanto seus pais têm grande dificuldade com o período identificado como adolescência. Aos pais lhes angustia enormemente a explosão da sexualidade adolescente, como a expansão da personalidade do jovem agora com inúmeras reivindicações, quanto a horários, roupas, cabelo, tatuagens, música e etc. As crises de relacionamento entre adolescentes e pais estão relacionadas à procura, mútua, de superações de fatores como: as perspectivas que os adolescentes

formulam a respeito de seus pais, que quando não conseguem suprir estimulam comportamento de agressividade, violência e passividade em seus filhos. E a circunstância psicológica dos pais que ao enxergarem a situação do próprio envelhecimento, agem de forma ansiosa ou depressiva (PIMENTEL, 2009).

Os pais, frequentemente, rejeitam a qualquer mistura de sexos, pois vêem consequências que nem sempre estão nas intenções dos adolescentes. Além das preocupações dos pais, o adolescente tem que enfrentar seus próprios temores e dúvidas antes de relacionar-se sexualmente. Os rapazes receiam as reações dos adultos às suas atividades sexuais (ASSUMPÇÃO, 2008).

A dificuldade dos pais em desenvolver educação sexual com os filhos gera vários conflitos neste período, uma vez que a variação das diferenças em nível do desenvolvimento é maior durante esta etapa, do que em qualquer uma das outras fases do ciclo de vida (CASTRO, 2008).

Segundo Bossa (2008)

O despertar da sexualidade inicia-se na pré-puberdade, por volta dos 9 aos 12 anos, sendo que a puberdade é parte de um processo de maturação lento e complexo em que as taxas hormonais aumentam, fazendo com que as características secundárias apareçam. "O ritmo das mudanças púberes é importante para o status de um adolescente em seu grupo de pares e pode produzir certas respostas psicológicas e sociais no adolescente e nos que estão à sua volta". Na fase que vai dos 12 aos 16 anos aproximadamente emerge a problemática sexual que culminará com a conseqüente adoção da identidade sexual. A ansiedade em face do crescimento determina o sofrimento pela perda do corpo infantil e dos pais da infância, com a nova estatura e ampliação dos recursos mentais, os progenitores deixam de ser os ídolos que detinham a administração total da segurança, da proteção e do amor".

Muitos adolescentes tornam-se sexualmente ativos antes dos 20 anos, mas geralmente não tem acesso fácil a serviços de planejamento familiar e aos métodos contraceptivos o que resulta numa jovem grávida que inicia tardiamente o pré-natal com profissionais muitas vezes despreparados e sem a sensibilidade necessária para atender essa clientela que deve ser acolhida de forma diferenciada (PANTOJA,

2008).

A iniciação sexual é destacada como um rito de passagem envolvendo distintos trânsitos entre a infância, a adolescência e a juventude, em que a busca do jovem pela autonomia, a sexualidade se destaca como campo em que essa busca é exercida de forma singular e com a urgência própria de uma geração jovem (GALLAND apud CASTRO et al, 2008).

Pode-se inferir que o fato de não informar sobre IST e métodos de prevenção destas, não impede que os adolescentes desenvolvam atividade sexual. Assim, a melhor maneira para que os adolescentes realizem atividade sexual de forma segura é através da educação contínua aos adolescentes através dos pais e da escola (HALBE, 2007).

A educação sexual busca ensinar e esclarecer questões relacionadas ao sexo, livre de preconceito e tabus. Antigamente e ainda hoje, falar sobre sexo provoca certos constrangimentos em algumas pessoas, mas o tema é de extrema importância, pois esclarece dúvidas sobre preservativos, IST, organismo masculino e feminino, anticoncepcionais e gravidez. (RENA, 2009).

O objetivo principal da educação sexual é preparar os adolescentes para a vida sexual de forma segura, chamando-os à responsabilidade de cuidar de seu próprio corpo para que não ocorram situações futuras indesejadas, como a contração de uma doença ou uma gravidez precoce e indesejada. Infelizmente o ser humano tende a acreditar que o perigo sempre está ao lado de outras pessoas e que nada irá acontecer com ele mesmo, o que o coloca vulnerável a tais situações. (REVISTA BRASILEIRA DE SEXUALIDADE HUMANA, 2009).

Os meios de comunicação, entre tantos outros que utilizam o sexo para chamar a atenção das pessoas, acabam por estimular e criar curiosidades precoces até em crianças, o que dificulta bastante o processo de conscientização e responsabilidade individual dessas sobre o assunto. Dessa forma, se torna cada vez mais importante ensinar os adolescentes quanto ao assunto, isso dentro de casa e

nas instituições de ensino. (VIEIRA et. al., 2008).

Sendo assim, a educação sexual deve começar no lar, antes mesmo de a criança ingressar na escola. Deve ser continuada durante o desenvolvimento, paralelamente aos ensinamentos quanto aos demais aspectos da vida e, sem dúvida, precisa ser aprimorada na adolescência, quando pelas transformações físicas determinadas pelo comando hormonal e pelos fatores psicossociais, o interesse sexual passa a determinar o pensamento e as ações dos jovens. (SOUZA, 2008).

Na realidade o que se observa na maioria das famílias é o surgimento da preocupação com a sexualidade quando a criança já esta chegando ou já atingiu a puberdade. Nesta hora muito tempo já foi perdido e, com certeza, o rumo da sexualidade da criança já está determinado. Por isso, a educação sexual, apesar de ser sempre útil e oportuna, deve ser conscientizada muito antes de a criança chegar à adolescência. (SOUZA, 2008).

A educação sexual é considerada por muitos como mecanismo na prevenção da gravidez na adolescência e de outros possíveis agravos decorrentes da prática da sexualidade, como a proliferação de doenças venéreas. Embora acreditemos que a educação sexual deva ter finalidades mais amplas, com espaços para discussão de valores e atitudes, e para questionamento dos papéis sexuais em nossa sociedade, não há dúvidas que um bom trabalho de orientação deva trazer, em seu bojo, informações que possibilitem ao jovem uma sexualidade livre de ocorrências indesejadas, como a gravidez prematura. (BARROS, 2007).

Nesse contexto de educação sexual, os pais, a escola, a sociedade, a mídia e a igreja estão entrelaçadas. Sendo assim, ninguém é o educador fundamental e o jovem deveria poder escolher quem, no momento, é o mais importante e o mais útil. (LIMA, 2008).

A inclusão e continuação no sistema educacional por parte das crianças e adolescentes são essenciais para o progresso nas qualidades de sobrevivência dos sujeitos e suas famílias, sobretudo num país onde uma ampla parcela da população

encontra-se nos estratos mais baixos de renda, no chamado nível de pobreza (TEIXEIRA; BRASIL, 2008).

A adolescência e, em menor grau a juventude, vem ocupando nas duas últimas décadas, um lugar de significativa relevância provocando inquietações no cenário mundial, no campo da educação e no campo da saúde, causando grande preocupação com problemas que vem atingindo os jovens de todo o planeta, com a saúde sexual e a reprodutiva, a gravidez precoce, o aborto inseguro e as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS (CASTRO et al, 2008).

A saúde e o desenvolvimento dos adolescentes, cada vez mais são frutos de suas próprias decisões, comportamentos e relações (OMS, 2009).

No Brasil, a saúde reprodutiva e os direitos dos jovens, vêm gradativamente despertando interesses de acadêmicos e gestores de políticas públicas (Castro et al, 2004), sendo que na última década, encontram-se em destaque discussões sobre questões de interesse nacional, entre outras as IST (BOSSA, 2008).

De acordo com a psicanálise a sexualidade existe desde o nascimento e durante as sucessivas fases da infância, diferentes zonas sexuais proporcionam gratificações aos indivíduos que estão dotadas de energia ligadas ao prazer - libido, que é a energia sexual que realiza com prazeres específicos algumas funções vitais como: alimentar-se, regulação intestinal ou o próprio ato sexual. Conforme Freud, essa carga energética distribui-se pelo corpo de maneiras distintas conforme a idade. A energia direciona-se para outras atividades, como o estudo e as práticas esportivas e essa canalização possibilita que novos conhecimentos e práticas sejam adquiridos. A partir da adolescência, a organização da libido se dá em torno das áreas genitais e os interesses se concentram no prazer sexual com o outro. Nesse período, elabora-se a identidade sexual do indivíduo (REATO, 2008).

O comportamento sexual dos adolescentes recebe influência de vários fatores, como: a família, os amigos, os grupos sociais e a escolaridade. O acesso a informações dentre os adolescentes podem ser diferenciados em função da estrutura das instituições de ensino e a qualidade prestada em um local ou região

que pode ser diferente uma da outra (REATO, 2008).

As taxas de escolarização na Região Norte e no País como um todo tem apresentado progressos nas últimas décadas, em especial das crianças e adolescentes. (RIBEIRO, 2008). Apesar disso, não devemos deixar de mencionar que as taxas de analfabetismo ainda encontram-se elevadas.

A taxa de escolarização para a população de 7 a 14 anos, que registra o percentual de crianças e adolescentes no sistema escolar independentemente da série cursada, em 2005, já se apresentava próximo a de alguns países mais desenvolvidos, correspondendo a 93,8% para o Norte e 95,8% para o Brasil como um todo. A situação é mais precária para os adolescentes de 15 a 17 anos, indicando que um contingente significativo desses encontra-se fora das escolas, muitas vezes para realizar atividades no mercado de trabalho (INEP, 2010).

Para entendermos o acesso das crianças no sistema educacional é importante analisarmos a taxa de escolarização bruta do ensino fundamental, que mostra o grau de retenção neste nível educacional. Em 1998 havia, na Região Norte, 33,6% de matrículas a mais nesse nível de ensino do que a população em idade escolar (7 a 14 anos), indicando o elevado número de alunos matriculados cuja idade ultrapassa a idade máxima prevista para o ensino fundamental (14 anos). Esta elevada retenção é um indicador da ineficiência dos sistemas de ensino regional, mas ela também se manifesta, com igual força, a nível nacional. Assim, apesar de a Região apresentar uma média superior a nacional para esse indicador, ela registra níveis melhores que a Região Sudeste (134,5%). O mesmo indicador mostra uma situação ainda pior para a população de 15 a 17 anos, pois, apesar, de 71,7% estarem frequentando os bancos escolares, uma ínfima parcela (15,2%) está cursando o nível de ensino adequado à sua idade (INEP, 2010).

Uma grande parte dos adolescentes e jovens se encontra com dificuldades de estudar e que há um imenso caminho a ser percorrido até que nosso País ser considerado desenvolvido no mundo educacional. No entanto, há uma tendência indicando a progressão positiva do número de alfabetizados no Brasil, a qual poderá ser acelerada à medida que forem sendo intensificadas políticas que atendam a

essa população específica (TEIXEIRA, 2009).

2.3.1 A PREVENÇÃO EM SAÚDE

Para Halbe (2007), o termo refere-se a um conjunto de atividades voltadas para o indivíduo e para a coletividade, com o objetivo precípua de impedir a ocorrência da doença e/ou reduzir os seus efeitos sobre ambos.

Kawamoto et al. (2007) vêm complementar quando afirmam que a prevenção depende agente etiológico e do meio ambiente e da facilidade, ou dificuldade, com que os fatores são anulados ou interrompidos.

Todas as ações preventivas preconizadas não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas, objetiva aumentar a saúde e o bem estar gerais (HALBE, 2007).

Ao trabalhar com as IST é imprescindível compreender que devido sua alta incidência no mundo todo, principalmente nos países em desenvolvimento, transformou-se em um dos grandes problemas de Saúde Pública e que para desacelerar o aumento dessas infecções, faz-se necessário, estimular continuamente a educação em saúde (NUNES, *et al.* 2008).

O advento de IST incuráveis até o momento (herpes genital, infecção por HPV, infecção por HIV, hepatite B) confere grande importância à prevenção primária. Além disso, o aparecimento de cepas microbianas resistentes à terapêutica convencional tem dificultado bastante a erradicação das IST causadas por bactérias. Por tais motivos, dentre outros, devem-se realizar esforços no sentido de evitar a contaminação do indivíduo pelo(s) agente(s) patogênico(s) (HALBE, 2007).

A disponibilidade de informações junto à coletividade por parte do profissional de saúde deve ser feita de forma acessível e simples, porém deve produzir bons resultados. Deve-se orientar quanto às medidas de precaução contra as IST, tais como, melhor seleção dos parceiros sexuais, utilização de preservativos e outros

métodos de barreira durante as relações sexuais, a vacinação; a não utilização de álcool e drogas, dentre outras medidas (RIBEIRO, 2008).

2.4 A Enfermagem e o Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1997), no Capítulo I Do direito à vida e à saúde, Artigo 11, revela que "É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2008).

Foi na década de 70 que o trabalho da enfermagem tornou-se mais específico frente o adolescente, onde a atuação passou a atingir as práticas assistenciais e educativas, em conjunto com outros profissionais da saúde e educação, visando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, controle das IST e AIDS, prevenção da gravidez indesejada, bem como de outros assuntos relacionados à saúde do mesmo, por meio da atenção materno infantil (JESUS, 2007).

Em 1989, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que se baseia numa política de recuperação de promoção da saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitando as diretrizes do SUS, garantida pela Constituição Nacional (LIMA, 2008).

O adolescente é um ser idealista, curioso, contestador e esses sentimentos desperta nele uma necessidade de desafio que, associado à falta de experiência e vivência anterior, pode levá-lo a condutas de risco. A mudança em seu estilo de vida o torna suscetível à violência, acidentes, uso de drogas, gravidez indesejada, dentre outros (PANTOJA, 2008).

É a partir desse contexto que a consulta de enfermagem se torna essencial, pois ela deverá se constituir na detecção das necessidades e também na intervenção por meio do enfoque clínico-educativo individual. O enfermeiro deverá atuar como um facilitador na troca de conhecimento entre ele e o adolescente, afim de que se concretize os direitos garantidos pelo ECA e se consiga alcançar os

objetivos propostos pelo PROSAD (MANDÚ, 2007).

A organização dos cuidados em saúde, fortemente relacionada e sustentada pelo trabalho e cuidado de enfermagem, continua exigindo novas pautas, propostas e metodologias de intervenção. Além disso, não prescinde de novas formas de compreender os processos sociais, biológicos, subjetivos e institucionais que conformam a qualidade de vida das adolescentes brasileiras e, portanto, as diferentes vulnerabilidades aos agravos em saúde e as insuficiências das modalidades de ações e serviços a que têm acesso (RAMOS, 2009).

A concepção de adolescência nas práticas de saúde está relacionada a um conjunto de fenômenos biológicos e universais do processo de crescimento e desenvolvimento. Apesar do forte componente físico-corporal presente nas transformações próprias da adolescência, elas não são naturais ou decorrentes unicamente de um processo evolutivo orgânico. A vida adolescente e as necessidades em saúde relacionadas são, antes de qualquer coisa, processos produzidos no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes - econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais. É no concreto da vida, na construção/reconstrução e apropriação ou não de seus bens e valores materiais e culturais, na interação destes com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais, que se definem os diversos modos de vida adolescente (JESUS, 2007).

Novas formas de conceber e atuar só são elaborados num processo em que confluem perspectivas diferenciadas - do ponto de vista e das situações peculiares de todos os sujeitos (profissionais, adolescentes, família) -, em que interesses e estratégias compartilhadas fortalecem o espaço institucional em articulação aos múltiplos espaços de estruturação da vida individual e coletiva. (COMITTE ON ADOLESCENCE, 2009).

A Enfermagem é entendida como uma prática social que se articula às demais práticas, especialmente àquelas que se conforma como trabalho coletivo que responde pela produção de serviços de saúde. A compreensão da enfermagem como processo de trabalho considera as condições histórico-sociais concretas que

determinam as especificidades de sua inserção e organização no interior do trabalho em saúde, das quais decorrem processos particulares de trabalho, por referência a objetos, finalidades e instrumentos diversificados e com características centralizadas em torno das ações de cuidar, administrar e educar. Desta diversidade são construídos modos de pensar e fazer enfermagem nos mais diversos contextos de serviços, com potenciais de intervenção crítica e transformadora, em alianças com setores da população e com os demais profissionais (MANDÚ, 2007).

O papel da enfermagem, junto às famílias, é de inclusão no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que o bem-estar e a saúde dos seus membros devem ser considerados como parte integrante da prática de enfermagem. Sua responsabilidade fundamenta-se no trabalho em saúde com adolescentes, tendo em vista a busca da equidade na realização das práticas, a ampliação da autonomia e co-responsabilização de adolescentes homens e mulheres no lidar com a vida e a prevenção de agravos que trazem sofrimentos ao adolescente (RAMOS, 2009).

O enfermeiro deve como elemento multiplicador, atuar no processo de detecção destas doenças, procura educar seus clientes, conhecer as dúvidas e dificuldades da clientela em relação à prática sexual segura, derrubando barreiras e tabus que possivelmente levam a práticas de risco. A orientação contínua através de instrução verbal complementada por material didático, dentre outros, devem seguramente ser implementadas (QUEIROZ, 2008). Portanto, tem papel fundamental no controle e prevenção das IST através do desenvolvimento de ações educativas a seus pacientes, familiares e comunidade em geral (BARROS, 2001).

2.5 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação que tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2008).

O programa está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência

precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais (PANTOJA, 2008).

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens. Essa etapa está sob a responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de Telessaúde, do Ministério da Saúde, e observa os temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE (RAMOS, 2009).

O último prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas. A primeira é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que contempla, além de outros, todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socio-econômico das escolas públicas e privadas nas 27 capitais brasileiras. O resultado dessa pesquisa servirá para que as escolas e as equipes de saúde tenham parâmetro para a avaliação da comunidade estudantil. A segunda pesquisa será o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do PSE desde 2005. Essa sondagem consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS (BRASIL, 2007).

O tempo de execução de cada bloco será planejado pela Equipe de Saúde da Família levando em conta o ano letivo e o projeto político-pedagógico da escola. As ações previstas no PSE serão acompanhadas por uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde, que poderão ser os integrantes da equipe de conselheiros locais (TEIXEIRA, 2009).

Todas as ações do programa são possíveis de serem realizadas nos

municípios cobertos pelas equipes das Estratégias Saúde da Família. Na prática, o que ocorrerá será a integração das redes de educação e do Sistema Único de Saúde. Os municípios interessados devem manifestar sua vontade em aderir ao programa. A Portaria 1.911 de 08 de agosto de 2011 do Ministério da Saúde definirá os critérios e recursos financeiros pela adesão e orientará também a elaboração dos projetos pelos municípios (COLI, 2007).

O Ministério da Saúde, além de incentivo financeiro, ficará responsável pela publicação de almanaques para distribuição aos alunos das escolas atendidas pelo PSE. A tiragem da publicação poderá chegar a 300 mil exemplares este ano. O ministério fará ainda cadernos de atenção básica para as 5.500 equipes de Saúde da Família que atuarão nas escolas (BRASIL, 2007).

EIXO 3: AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

3.1 Conceituando as IST

As IST podem ser definidas como estados patológicos incluídos dentre as doenças infecto-contagiosas, determinados por agentes diversos e que têm no contato sexual seu modo de transmissão predominante. Muitas vezes, a expressão clínica de uma dada IST está essencialmente vinculada às peculiaridades do agente causal, mas há ocasiões em que a defesa do hospedeiro tem papel decisivo (HALBE, 2007). Algumas das IST são historicamente conhecidas, como a sífilis e a gonorréia. Outras foram identificadas no Brasil na década de 80, como é o caso da AIDS, a qual tem alta relevância epidemiológica (RIBEIRO, 2008).

Com esta mesma fundamentação Schechter e Marangoni (2008) referem-se à criação de uma classificação prática para as IST. Assim, as doenças podem ser essencialmente transmitidas pelo contágio sexual, como a sífilis e a gonorréia; podem ser frequentemente transmitidas pelo contágio sexual, como o herpes simples genital e o HIV; podem ser ainda eventualmente transmitidas pelo contágio sexual, como é o caso da escabiose e pediculose. Mas, considera-se que todas as IST possuem características clínicas distintas, e suas consequências são, também, as mais distintas, podendo variar desde um corrimento até verrugas, lesões, câncer,

esterilidade e morte nos casos mais graves.

As IST proporcionam um conjunto único para o profissional de saúde pública. Em razão do estigma percebido sobre a possível ameaça ao relacionamento emocional, aqueles com sintomas de IST geralmente mostram-se relutantes em procurar cuidado de saúde no tempo adequado. Assim como muitas outras doenças infecciosas, as IST podem progredir sem sintomatologia. Um atraso no diagnóstico e no tratamento é potencialmente perigoso, bem como, o risco de complicações às pessoas infectadas e de transmissão para outros, que aumenta com o passar do tempo (SCHECHTER & MARANGONI, 2008)

Na abordagem dos pacientes com IST são essenciais dados a respeito da vida sexual dos mesmos. As informações que dizem respeito à data do último contato sexual, número de parceiros, hábitos e preferências sexuais, uso recente de antibióticos, métodos anticoncepcionais e história pregressa de IST são essenciais para conhecer o perfil clínico dos pacientes e traçar as medidas de tratamento e informações adequadas a cada caso (SCHECHTER & MARANGONI, 2008)

3.2 Histórico e epidemiologia das IST

As IST, ainda hoje, conhecidas como "doenças venéreas", são observadas desde a antiguidade. O termo "venéreo" tem origem na mitologia grega devido a Vênus, deusa do amor. Os primeiros relatos sobre as doenças remontam-se à civilização Mesopotâmia (III milênio a.c.), sendo também encontrados vários escritos cuneiformes em placas de argila (HALBE, 2007)

As estreitas relações dessas doenças com prostituição, transmissão, fundamentalmente, através do contato sexual e sintomatologia inicial, geralmente, localizada na região genital fizeram com que a denominação "doenças venéreas" passasse a ter conotação estigmatizante. O doente era encarado, e encarava a si próprio, como sendo portador de uma doença vergonhosa, muitas vezes, fugindo de um tratamento correto junto aos serviços de saúde. As doenças venéreas propriamente ditas agrupavam sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e donovanose (SCHECHTER e MARANGONI, 2008).

Na atualidade, o grupo das IST é conseqüente à atuação de mais de 40 agentes infecciosos (bactérias, fungos, vírus, protozoários e artrópodes) que se manifestam isoladamente ou em associações, ocasionando doenças ou síndromes a ambos os gêneros (HALBE, 2007).

A OMS (2009) estima que ocorram, no mundo, cerca de 340 milhões de casos de IST por ano. Nessa estimativa não estão incluídos a herpes genital e o HPV. Em números, no Brasil, as estimativas de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, são: sífilis: 937.000; gonorréia: 1.541.800; clamídia: 1.967.200; herpes genital: 640.900; HPV: 685.400 (HALBE, 2007).

Na atualidade, a incidência das IST entre adolescentes vem aumentando. Ter uma IST aumenta a chance de infecção pelo HIV e cada vez mais a AIDS tem atingido pessoas com orientação heterossexual (pessoas que fazem sexo com pessoas do gênero oposto), mulheres e a população de baixa renda. No Brasil, não há informações sobre quantos adolescentes já tiveram alguma IST (HALBE, 2007).

O número de casos notificados encontra-se bem abaixo das estimativas, talvez porque somente a AIDS e a sífilis sejam de notificação obrigatória, e cerca de 70% das pessoas com IST busquem tratamento em farmácias. Além disso, muitas IST são assintomáticas (não apresentam sinais ou indícios de contaminação), principalmente entre as mulheres. Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar à vulnerabilidade das adolescentes as IST (FERREIRA, 2010).

EIXO 4: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS (CAP)

Nesse eixo será abordado a diferença entre conhecimento, atitude e prática, para que não seja realizado nem um equívoco no entendimento dos conceitos e também para utilizar corretamente outros dados que o questionário possibilitou a respeito de atitudes e práticas.

Os inquéritos CAP buscam identificar conhecimentos, atitudes e práticas de

saúde em uma comunidade. Eles auxiliam na identificação do que as pessoas sabem sobre aspectos relacionados à saúde, como sentem e também como se comportam (KALIYAPERUMAL, 2004).

Os inquéritos dessa natureza, geralmente designados por suas iniciais, CAP ou KAP, do inglês, “Knowledge, Attitudes and Practice” – justificam-se pela constatação de que os indivíduos são diferentes em relação aos conhecimentos sobre saúde, têm atitudes que não são uniformes e diferem, também, em práticas que adotam para si e seus familiares (KALIYAPERUMAL, 2004).

As informações resultantes do inquérito são úteis para o planejamento e a condução de programas e atividades, sendo que praticamente qualquer tema pode ser objeto dessa modalidade de investigação (PEREIRA, 2002).

A pesquisa KAP configura estudo representativo de uma população específica, para que se disponha de informações sobre conhecimentos, crenças e ações em relação a um tópico particular, por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis (OMS, 2008).

Os dados podem ser coletados por entrevistas, através de um questionário padronizado, especificamente estruturado e analisados por meio de técnicas quantitativas e qualitativas, dependendo dos objetivos e delineamento dos estudos. Em certa medida, tem o potencial de identificar os fatores que influenciam o comportamento, os quais não são conscientes pela maioria das pessoas (OMS, 2008).

Ainda conforme OMS (2008) pesquisa KAP pode ser usado para identificar as necessidades, problemas e barreiras na execução do programa, bem como soluções para melhorar a qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde, pois permitem aos gestores definir prioridades, estimar recursos ou capacitar profissionais, além de fornecer dados nacionais sobre doenças para gestores de programas e suas equipes com informações fundamentais necessárias para fazer decisões estratégicas.

Para Kaliyaperumal (2004), o conhecimento de uma comunidade refere-se à

sua compreensão referente a qualquer assunto, ao passo que a atitude abarca os seus sentimentos, bem como idéias preconcebidas e prática compreende o modo pelo qual o conhecimento e atitude são demonstrados através de suas ações.

A compreensão dos níveis de conhecimento, atitude e prática constitui um mais eficiente processo de criação do conhecimento, permitindo melhor adaptação às necessidades da comunidade (PEREIRA, 2002).

4.1 Conhecimentos

A abordagem teórica dos conhecimentos vem sendo discutida desde muitos séculos, por filósofos e, mais recentemente, por psicólogos e cientistas do comportamento, os quais têm trazido significativas contribuições sobre atitudes, e as relações consistentes e inconsistentes entre a tríade: conhecimento, atitude e prática (CAP) (PEREIRA, 2002).

O conceito de conhecimento, segundo Piaget (1972), é um processo resultante da interação entre organismo e meio, sendo que os objetos do conhecimento são o próprio meio (no sentido mais abrangente possível, incluindo história, cultura, etc). Nesse sentido, conhecer não se resume a explicar os objetos do conhecimento, vez que implica também vivenciá-los, interagir sobre eles, estabelecendo um sistema de relações, a fim de organizar, estruturar e explicar os conceitos.

O conhecimento é conceituado como um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar para administrar sua condição de saúde. No entanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento que envolve ainda outras variáveis, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões (MOSCOVICI, 1995).

É importante abordar que dados, informação e conhecimento possuem significados diferentes. Dados é um emaranhado de códigos decifráveis ou não. Informação é um conjunto organizado de dados, que constitui uma mensagem sobre

um determinado fenômeno ou evento. A informação permite resolver problemas e tomar decisões, tendo em conta que o seu uso racional é à base do conhecimento (GREGÓRIO, 2007).

E conhecimento é ao ato ou efeito de abstrair idéia ou noção de alguma coisa. O conhecimento é construído através da relação com outras pessoas, com o meio físico ou natural. Dessa forma, podemos conceituar conhecimento como aquilo que se admite a partir da captação sensitiva sendo assim acumulável a mente humana. Conhecimento distingue-se da mera informação porque está associado a uma intencionalidade (COELHO, 2011).

Vale destacar, que conhecimento e compreensão também possuem significações diferentes. Uma vez, que um determinado indivíduo pode ter conhecimento sobre um assunto, entretanto, diversos fatores podem modificar ou interferir na sua compreensão (FERRAZ, 1998).

Especificamente, o conhecimento contribui para que se desenvolvam atitudes favoráveis ao cuidado da saúde, no âmbito individual e coletivo. No campo da saúde coletiva, a educação em saúde é vigorosa ferramenta que pode favorecer conhecimentos adequados em saúde, valorizando os contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade, aliados ao processo de promoção da saúde (GREGÓRIO, 2007).

Conforme ensinamento de Buss (2000), promoção da saúde é entendida como o conjunto de atividades, processos e sucessos que visam à melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Nesse sentido, a educação em saúde possibilita que as pessoas obtenham informações e tenham habilidade para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida, contribuindo para promover mudanças políticas e ambientais que forneçam a melhoria da saúde (ASSIS, 2004).

Neste contexto, como parte do planejamento em educação e saúde, cabe aos educadores fazer um diagnóstico dos conhecimentos (C), Atitudes (A) e Práticas (P)

em saúde do educando; ou seja, do CAP existente antes da intervenção educativa para, subsequentemente, desenvolver atividades programadas que permitam alcançar o CAP desejável do ponto de vista de saúde pública (MARCONDES, 1974).

4.2 Atitudes

A conceituação de atitude tem sido objeto de estudo teórico e metodológico no campo da Psicologia, da Sociologia, da Educação e de outras áreas que se dedicam ao estudo do comportamento humano (ARAÚJO, 2005). A compreensão da natureza das atitudes ocupa lugar de destaque no campo da Psicologia e tem suscitado investigações sistemáticas.

Para Gregório (2007), a atitude “é uma disposição ou ainda uma preparação para agir de uma maneira de preferência a outra. As atitudes de um sujeito dependem da experiência que tem da situação à qual deve fazer face”. Pode-se dizer também que é a “predisposição a reagir a um estímulo de maneira positiva ou negativa”.

De acordo com Coelho (2011, p.1), “Atitudes são constatações, favoráveis ou desfavoráveis, em relação a objetos, pessoas ou eventos. Uma atitude é formada por três componentes: cognição, afeto e comportamento.” O plano cognitivo está relacionado ao conhecimento consciente de determinado fato. O componente afetivo corresponde ao segmento emocional ou sentimental de uma atitude. Finalmente, a vertente comportamental está relacionada à intenção de comportar-se de determinada maneira com relação a alguém, alguma coisa ou evento.

No entanto, a atitude, muitas vezes, é confundida com ação (COELHO, 2011). Todavia, atitude é racionalizar, sentir e externar, não sendo um processo exógeno. É algo interno, que deve ocorrer de dentro para fora. E entre a conscientização e a ação, necessariamente deverá estar presente o sentimento como elo. Ou você sente, ou não muda.

A atitude está contida em qualquer significado, embora possa ser analisada como dimensão à parte. Nesse sentido, é esclarecedora a observação de Moscovici (1995), quando identificou relações entre atitudes e informação “objetiva” da

psicanálise entre operários franceses, os quais, na década de 50, possuíam baixo grau de informação, mas mantinham atitude mais favorável; contrariamente aos intelectuais de esquerda, detentores de mais informações e favorabilidade em relação à atitude. No Brasil, estudo realizado em Brasília, concluiu que usuários de centro de saúde conheciam objetivamente mais plantas medicinais (características e funções) do que os profissionais da saúde (médicos e outros), mas estes apresentavam atitude mais favorável ao medicamento alopático, relativamente menos acessível para aquela população.

Assim, as atitudes das pessoas determinam, em última instância, a tomada de decisão sobre uma prática concreta, ou adoção de certas medidas de prevenção. As atitudes decorrem, em grande parte, do nível de conhecimentos sobre determinado assunto ou das influências que podem ser importantes, devido a variáveis socioculturais (COELHO, 2007).

4.3 Práticas

De acordo com Marinho (2003, p.3), prática, vinculada aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo, que se traduz no componente de avaliação social, implica tomada de decisão para executar alguma ação.

No entendimento de Fontes (2008), o processo da adoção de práticas sociais só é compreendido, quando se conhece cada elemento do CAP, vez que há diferença entre o conhecimento e a prática social. Sob esse enfoque, por óbvio, é inútil ter conhecimento social, por exemplo, de formas de práticas de sexo seguro, sem o mesmo se traduza em prática do comportamento.

Decorre do exposto que campanhas sociais, veiculadas por meios massivos contribuem para elevar o conhecimento sobre comportamentos sociais para uma vida saudável; no entanto, essas iniciativas não influenciam, necessariamente, a adoção de práticas de comportamentos saudáveis.

De acordo com Tóth (2009), uma pessoa pode ter o hábito de usar camisinha de vez em quando, o que, como é sabido, não gera mudança de comportamento desejável. O correto é a prática regular do comportamento positivo; ou seja, que as

peças utilizem camisinha em todas as relações sexuais. Como se pode depreender, as práticas necessitam de mais esforços para serem mudadas.

Ainda, conforme o mesmo autor, os conhecimentos, atitudes e práticas de uma sociedade podem ser investigadas mediante vários métodos, por exemplo, um questionário sobre sexo seguro pode ser feito com moradores de uma comunidade, pode-se descobrir que faltam conhecimentos sobre a maneira certa de guardar e usar o preservativo, ou pode ser que as pessoas não tenham atitudes desejadas, em relação ao uso da camisinha...

Os estudos CAP podem ser ilustrados sob a forma de pirâmide ao contrário, para que haja mudança positiva de comportamentos, utilizam-se os três níveis da pirâmide. A obtenção do conhecimento (informações) ajuda a formar atitudes (intenção de agir) que, por sua vez, influenciam nas práticas (atos contínuos). É fundamental a consciência de que, usualmente, é mais fácil transmitir conhecimentos do que mudar atitudes ou incentivar práticas regulares (EXPRESSÃO jovem, 2010).

8 METODOLOGIA

8.1 Abordagem e método

Trata-se de uma pesquisa seccional, tipo inquérito (conhecimento, atitude e prática) com abordagem quantitativa. O estudo tipo inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas em saúde constitui uma estratégia relevante, no intuito de contribuir no entendimento de fatores que interferem na adesão às práticas adequadas relacionadas à saúde. As pessoas apresentam diferentes graus de conhecimentos e adotam atitudes e práticas, muitas vezes, com incoerência cognitiva (ARAÚJO, 2005).

A escolha pela pesquisa quantitativa se deu em função de ser a mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos estruturados (questionários). Devem ser representativas de um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e

projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico da informação (LAKATOS, 1991).

8.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos 8 distritos de Belém: DAMOS – Mosqueiro; DAOUT – Outeiro; DAICO - Icoaraci; DABEN – Bengui; DAENT- Entrocamento; DASAC- Sacramento; DABEL – Belém e DAGUA – Guamá, em escolas públicas da rede estadual. De acordo com dados da Secretaria de Estado de Educação do Pará - SEDUC (2011), Belém possui 215 escolas estaduais de ensino regular, sendo 207 com ensino Fundamental e 86 com ensino médio. Como é possível visualizar Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição de escolas estaduais de ensino Fundamental e Médio por distrito de Belém-PA, no ano de 2012.

DISTRITO	ESCOLAS ENSINO FUNDAMENTAL	ESCOLAS ENSINO MÉDIO
01 DAMOS	6	3
02 DAOUT	7	2
03 DAICO	31	13
04 DABEN	40	13
05 DAENT	27	11
06 DASAC	23	9
07 DABEL	30	18
08 DAGUA	43	17
TOTAL	208	86

Fonte: SEDUC (2011)

8.3 População alvo

Foram convidados a fazer parte da pesquisa adolescentes que estavam cursando o ensino fundamental do 5º ao 9º ano ou o ensino médio do 1º ao 3º ano,

do ensino regular de uma escola estadual em um dos 8 distritos de Belém, no período da coleta de dados e que os responsáveis concordaram com a participação na pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Entendendo-se como adolescentes indivíduos de 12 a 18 anos como preconiza o estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2008).

De acordo com dados da Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino (2011), Belém possui 146.416 estudantes matriculados na rede estadual regular do ensino fundamental e médio nos 8 distritos de Belém, sendo que 100.902 destes são alunos do ensino fundamental e 45.514 são alunos do ensino médio. Como é possível visualizar na Tabela 2.

DISTRITO	ENSINO FUNDAMENTAL	ENSINO MÉDIO	TOTAL DE ALUNOS
01 DAMOS	1.514	2.045	3.559
02 DAOUT	2.340	846	3.186

TABELA 2 - Distribuição de alunos de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio por distrito de Belém-PA, no ano de 2012.

03 DAICO	16.840	8.680	25.520
04 DABEN	19.390	4.793	24.183
05 DAENT	13.407	7.545	20.952
06 DASAC	12.692	3.953	16.653
07 DABEL	12.957	10.658	23.615
08 DAGUA	21.762	6.994	28.756
TOTAL	100.902	45.514	146.424

Fonte: SEDUC (2011)

8.4 Seleção da amostra

A amostra foi selecionada baseada no número de alunos matriculados no ensino fundamental e médio da rede estadual em 2011 no município de Belém, que foi de 146.416.

A seleção foi feita em 9 etapas:

Na 1ª etapa foi realizada a seleção da quantidade de escolas por tipo de ensino. Assim, foram selecionadas 37 escolas de ensino fundamental e médio da rede estadual, com um erro amostral 15,6%. A técnica para a seleção das escolas foi amostragem por conglomerados. A técnica de conglomerados consiste em um conjunto de unidades elementares da população. Se as unidades amostrais definidas na população, para efeito do sorteio para obtenção da amostra, forem conglomerados, ter-se-á uma amostragem por conglomerados. Na amostra por conglomerados, cada conglomerado é visualizado como uma espécie de miniatura da população; portanto, será tanto melhor quanto maior a heterogeneidade da população. Conglomerados podem ser quarteirões, domicílio, escolas e etc (BOLFARINE, 2005).

Para o cálculo do erro amostral foi usada a seguinte fórmula:

$$\text{Erro} = \left(\frac{N - n}{N \times n} \right) \times 100,$$

onde N é Número de escolas e n Tamanho Amostral.

Na 2ª etapa as escolas de ensino fundamental e médio foram classificadas em 4 tamanhos diferentes a partir dos quartis. A escolha pelo uso de quartis deve-se ao fato de que tanto no ensino fundamental como no médio existem escolas com tamanhos variados de alunos, assim, para garantir que a amostra selecionada tenha escolas com grande, média e pequena quantidade de alunos foi utilizada a distribuição das escolas em 4 grupos. Como é possível visualizar nas Figuras 1 e 2.

Classificação dos grupos escolares do ensino Fundamental a partir do tamanho do quartil

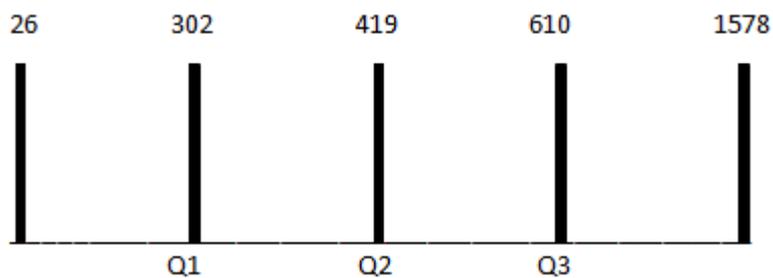


FIGURA 1- Grupos escolares do ensino fundamental da rede estadual de Belém a partir do tamanho do quartil.

Classificação dos grupos escolares do ensino Médio a partir do tamanho do quartil

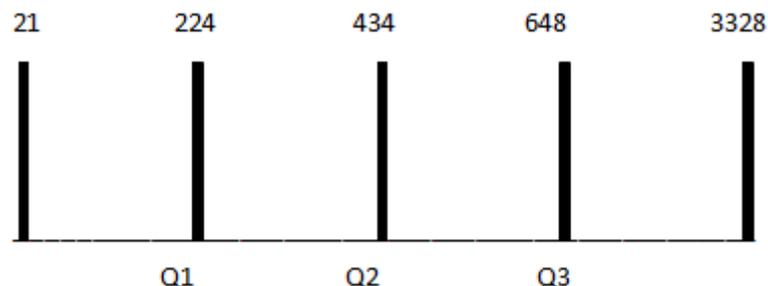


FIGURA 2 - Grupos escolares do ensino médio da rede estadual de Belém a partir do tamanho do quartil.

Na Tabela 3 é possível visualizar a quantidade de escolas em cada um dos 4 grupos, tanto no ensino fundamental como no ensino médio da rede estadual.

TABELA 3 - Quantidade de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012 por grupo.

Na 3ª etapa foi definida a quantidade de escolas de ensino fundamental e de ensino médio da rede estadual a partir da amostragem estratificada. A amostragem estratificada consiste essencialmente em pré-determinar quantos elementos da amostra serão retirados de cada estrato. A pré-determinação pode ser feita de várias formas, sendo as mais comuns chamadas de uniforme (onde se sorteia um número igual de elementos em cada estrato) e proporcional (onde o número de elementos sorteados em cada estrato é proporcional ao número de elementos no estrato) (BOLFARINE, 2005). Nessa pesquisa utilizou-se a estratificação proporcional.

Dessa forma, a pesquisa foi realizada em 24 escolas estaduais do ensino fundamental e 13 escolas estaduais do ensino médio.

GRUPO FUNDAMENTAL	Nº DE ESCOLAS	GRUPO MÉDIO	Nº DE ESCOLAS
1 - 26 a 302 alunos	51	21 a 224	21
2 – 303 a 419 alunos	52	225 a 434	22
3 - 420 a 610 alunos	52	435 a 648	22
4 – 611 a 1578 alunos	52	649 a 3328	21
TOTAL	207	TOTAL	86

Na 4ª etapa da seleção foi obtido o tamanho (quantidade de alunos) de escolas a serem amostradas em cada distrito, baseado na quantidade de escolas por distrito.

Na 5ª etapa foram sorteadas as escolas de cada distrito, levando em consideração o tamanho (quantidade de alunos) e/ou grupo de cada escola. Essa seleção foi feita por amostra aleatória simples. Este tipo de amostragem consiste em selecionar a amostra a partir de um sorteio. Sua principal característica está no fato de todos os elementos da população ter igual probabilidade de serem escolhidos (BOLFARINE, 2005).

Na 6ª etapa foi calculado o tamanho amostral para o número de alunos a serem entrevistados, a partir de,

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

Onde:

n: Tamanho amostral final

n_0 : Tamanho amostral inicial

ε = erro amostral

$$n_0 = \frac{1}{\varepsilon}$$

Assim, definiu-se um erro de 0,05 (ou 5%) e uma amostra de 401 adolescentes a serem entrevistados. Dessa maneira, foram entrevistadas 401 adolescentes no período de novembro a dezembro de 2012. Foi levado em consideração que a amostra foi calculada a partir do número total de alunos matriculados, não distinguindo o ensino fundamental e médio. Logo, a amostra obtida de 401 alunos a serem entrevistados corresponde ao número total de alunos a serem entrevistados no ensino fundamental e médio da rede estadual.

Na 7ª etapa foi distribuída proporcionalmente a quantidade de alunos do ensino fundamental e médio, usando para isso a amostra aleatória estratificada.

Se 146.416 corresponde ao total de alunos matriculados na rede estadual regular do ensino fundamental e médio nos 8 distritos de Belém, sendo 100.902

destes alunos do ensino fundamental e 45.514 alunos do ensino médio. Logo, 69% dos matriculados são do ensino fundamental e 31% do ensino médio. Dessa forma, 69% da amostra foram do ensino fundamental (277) e 31% do ensino médio (123).

Nos Quadros 1 e 2 é possível visualizar uma descrição mais detalhada do número de escolas por distrito, o peso que essa quantidade de escola por distrito representa, as escolas sorteadas por distrito e que tamanho essa escola representa (1, 2, 3 ou 4).

QUADRO 1 - Peso do número de escolas do ensino fundamental da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 por distrito.

Distrito	Escola Fund	Peso	Escola	Tamanho da escola
01 DAMOS	6	0,0290	1	Escola 6 (T 1)
02 DAOUT	7	0,0338	1	Escola 5 (T 3)
03 DAICO	31	0,1498	3	Escola 19 (T 1); Escola 10 (T 2); Escola 28 (T 4);
04 DABEN	40	0,1932	4	Escola 28 (T1); Escola21 (T 2); Escola 32 (T 3); Escola 20 (T4)
05 DAENT	27	0,1304	3	Escola 20 (T1); Escola 10 (T3); Escola 22 (T4);
06 DASAC	23	0,1111	3	Escola 17 (T2); Escola 9 (T3); Escola 12 (T 4);
07 DABEL	30	0,1449	3	Escola 3 (T1); Escola 6 e 32 (T2); Escola 26 (T3);
08 DAGUA	43	0,2077	5	Escola 32(T1);Escola 39(T2);Escola 15(T3); Escola 30 e 28(T4)
TOTAL	207	1,0000	23	

QUADRO 2 - Peso do número de escolas do ensino médio da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 por distrito.

Distrito	Escola Médio	Peso	Escola	Tamanho da escola
01 DAMOS	3	0,034883721	1	Escola 4 (T4)
02 DAOUT	2	0,023255814	1	Escola 6 (T4)
03 DAICO	13	0,151162791	2	Escola 20 (T3); Escola 29 (T3)
04 DABEN	13	0,151162791	2	Escola 3 (T3); Escola 9 (T2);
05 DAENT	11	0,127906977	2	Escola 14 (T2); Escola 5 (T2);
06 DASAC	9	0,104651163	1	Escola 17 (T1);
07 DABEL	18	0,209302326	2	Escola 5 (T1); Escola 28 (T4);
08 DAGUA	17	0,197674419	2	Escola 6 (T1); Escola 11 (T1);
TOTAL	86	1,0000	13	

Após ter sido estabelecido o peso das escolas de cada distrito foi definido a quantidade necessária de escolas para a realização da pesquisa de cada um dos 8 distritos e a quantidade de entrevistados de cada escola. As escolas foram numeradas em uma sequência crescente em cada distrito e assim foi feito um sorteio aleatório para a seleção da amostra. As escolas selecionadas estão listadas nos quadros 3 e 4, identificadas por números com o objetivo de guardar o sigilo ético que a pesquisa necessita.

QUADRO 3 - Escolas de ensino fundamental da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 selecionadas por distrito.

Distrito	Quant. Escolas	Quant . alunos	Escolas selecionadas de Ensino Fundamental
01 DAMOS	1	5	ESCOLA 6
02 DAOUT	1	10	ESCOLA 3
03 DAICO	3	9	ESCOLA 10
		7	ESCOLA 19
		26	ESCOLA 28
04 DABEN	4	18	ESCOLA 20
		9	ESCOLA 21
		7	ESCOLA 28
		14	ESCOLA 32
05 DAENT	3	12	ESCOLA 10

		7	ESCOLA 20
		21	ESCOLA 22
06 DASAC	3	11	ESCOLA 9
		30	ESCOLA 12
		7	ESCOLA 17
07 DABEL	4	6	ESCOLA 3
		9	ESCOLA 6
		12	ESCOLA 26
		7	ESCOLA 32
08 DAGUA	5	14	ESCOLA 15
		15	ESCOLA 28
		24	ESCOLA 30
		5	ESCOLA 32
		9	ESCOLA 39
TOTAL	24	294	

QUADRO 4 - Escolas de ensino médio da rede estadual de Belém-PA no ano de 2012 selecionadas por distrito.

Distrito	Quant. Escolas	Quant. alunos	Escolas selecionadas de Ensino Médio
01 DAMOS	1	4	4
02 DAOUT	1	16	6
03 DAICO	2	9	20
		12	29
04 DABEN	2	15	3
		8	9
05 DAENT	2	5	5
		8	14
06 DASAC	1	3	17
07 DABEL	2	1	5
		36	28
08 DAGUA	2	2	6
		4	11
TOTAL	13	123	

Com o intuito de preservar a identidade das instituições em que a pesquisa será realizada, as escolas selecionadas pelo sorteio foram apresentadas em números.

A amostra final sofreu uma sutil diferença da amostra inicial. Inicialmente seriam entrevistados 277 adolescentes do ensino fundamental e 123 do ensino médio. Porém, com a distribuição entre as escolas dos 8 distritos, para ser obtido números exatos (exemplo 1 escola), os valores iniciais foram aumentados em função do arredondamento para números inteiros. Assim, a amostra final foi de 294 adolescentes do ensino fundamental e 123 do ensino médio, totalizando uma amostra de 417 entrevistados. Dessa forma, a amostra foi selecionada com todo rigor científico para serem obtidos resultados que retratem a realidade de Belém.

Na 8ª etapa foi feita a amostragem estratificada, para serem definidos quantos alunos de cada série, de cada escola foram entrevistados. E a última etapa (9ª) foi feita uma amostra aleatória simples para selecionar os estudantes de cada série que participaram.

Em função do grande número de etapas para selecionar a amostra, foi criado

uma figura que sintetiza as etapas de seleção. Como é possível visualizar na Figura 3.



FIGURA 3 - Etapas do processo de seleção da amostra de pesquisa.

8.5 Instrumento de coleta de dados

Os estudantes foram submetidos, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável (Anexo 1), a um questionário (Anexo 2) auto-aplicativo, pré-codificado, anônimo e com perguntas fechadas, adaptado do ministério da saúde, composto por 5 seções: Perfil do adolescente - características sócio-demográficas, comportamento sexual do adolescente, fonte de informação buscado por adolescente sobre IST/AIDS, visão do adolescente quanto a preparação de pais e professores sobre IST/AIDS e conhecimento, atitudes e práticas dos adolescentes sobre IST/AIDS e formas de prevenção. A aplicação ocorreu em sala de aula durante uma hora/aula sob supervisão da pesquisadora ou de algum membro da equipe de trabalho.

Quanto às adaptações realizadas nesse questionário do ministério da saúde, alguns itens foram incluídos ou modificados para atender os critérios da pesquisa. A seguir será delineado os aspectos que precisam de possíveis esclarecimentos quanto a nomenclatura utilizada e as modificações realizadas nas 5 categorias do

questionário.

Na primeira seção do questionário: Perfil dos adolescentes - características sócio demográficas foi estipulada a idade dos entrevistados entre 12 e 18 anos por se tratar de uma pesquisa com adolescentes (Questão Nº 1 do questionário).

Quanto ao grau de instrução os entrevistados foi estabelecido que deveriam estar cursando entre a 5ª série do ensino fundamental e o 3ª ano do ensino médio (Questão nº 2 do questionário), uma vez que essas faixas etárias possuem o maior predomínio de adolescentes (objeto da pesquisa) e também por que a amostra foi calculada a partir do número de alunos matriculados no ensino fundamental e médio da rede estadual regular do município de Belém.

Foi usada no questionário a nomenclatura gênero (Questão Nº 4 do questionário) ao invés de sexo por ser a forma mais atual de denominação entre masculino e feminino. A expressão cor preta (Questão Nº 5 do questionário) foi utilizada ao invés de negro por que no grupo negro está incluído pretos e pardos. O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) usa preto como classificação de cor ou raça nas pesquisas de censo demográfico desde 1872, conforme Nota Técnica sobre o "Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE" (IBGE, 2013).

Foi incluído no questionário quanto o estado civil (Questão Nº 6 do questionário) a nomenclatura: união estável (amigado) por que mais de um terço das uniões no Brasil são consensuais, sem casamento civil ou religioso. De acordo com levantamento divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base em dados do Censo de 2010, este tipo de relacionamento aumentou de 28,6%, em 2000, para 36,4% do total, no último levantamento (IBGE, 2011).

No que diz respeito à renda familiar (Questão Nº 9 do questionário), a pesquisa usou as categorias em salários mínimos por que é a forma padrão usada pelo IBGE em suas pesquisas, dessa maneira facilita a análise dos resultados.

Ainda na primeira categoria na pergunta com quem o adolescente residia

(Questão Nº 10 do questionário) foi incluído os seguintes grupos: tios, avós, patroa e namorado, em decorrência da modificação que a estrutura familiar vem adquirindo. No Brasil novos arranjos de famílias foram formados e esses arranjos continuam a crescer (IPEA, 2012).

Assim, para elaborar essa primeira categoria do questionário que visa traçar o perfil dos estudantes adolescentes de Belém foi abordado os seguintes tópicos: idade, grau de instrução, repetência escolar, gênero, raça, estado civil, paridade, ocupação, renda familiar e com quem o adolescente reside (Questões de 1 a 10 do questionário respectivamente).

Quanto à 2ª categoria: comportamento sexual dos adolescentes foi elaborado 5 perguntas:

- Se o adolescente já teve relação sexual e com que idade;
- O número de parceiros sexuais que ele já teve;
- Se tem vida sexual ativa;
- Se tem parceiro sexual fixo;
- Orientação sexual: Heterossexual, Homossexual e Bissexual.

(Questões de 11 a 15 do questionário respectivamente).

Foi incluída a orientação sexual bissexual devido ao aumento de indivíduos que se intitulam dessa forma.

Quanto à 3ª categoria: fontes de informações foram abordados os seguintes aspectos, através de 2 perguntas: (Questões 16 e 17 do questionário respectivamente).

- Com quem você obteve informações sobre IST, sexo e métodos de prevenção e gravidez: Família, escola, amigos, namorado, internet, igreja e hospitais/posto de saúde;

- Onde você gostaria de obter mais informações sobre sexo e IST: família, escola, internet, igreja e hospitais/posto de saúde.

Os aspectos disponibilizados nessa 3ª categoria foram elaborados baseados

em outras pesquisas, como a de (GREGÓRIO, 2007); (JESUS, 2007); (FERREIRA, 2010); (SILVA, 2008) e (TEIXEIRA, 2009) que demonstraram serem os meios mais buscados pelos adolescentes para retirar dúvidas sobre IST/AIDS e sexualidade e os locais em que os adolescentes mais citam com dificuldade de acesso a informações sobre assunto.

Na 4ª categoria: visão do aluno quanto à preparação de pais e professores sobre IST/AIDS e sexualidade, foi abordado através de 2 perguntas: (Questões 18 e 19 do questionário respectivamente).

- Se ao aluno acredita que pais estão preparados para conversar com o adolescente sobre IST/ AIDS ou retirar suas dúvidas sobre sexualidade?

Respostas:

Sim;

Não. Os Pais sentem vergonha;

Não. Os Pais não têm conhecimento sobre esse assunto.

- Se ao aluno acredita que professores estão preparados para conversar com o adolescente sobre IST/ AIDS ou retirar suas dúvidas sobre sexualidade?

Respostas:

Sim;

Não. Os Professores sentem vergonha;

Não. Os Professores não têm conhecimento sobre esse assunto.

Os aspectos disponibilizados nessa 4ª categoria foram desenvolvidos baseados em pesquisas, como a de (GHERPELLI, 2009); (JESUS, 2007) e (NUNES, 2008); Que demonstraram algumas das dificuldades na relação entre pai e filho e aluno e professor.

Na 5ª categoria foi abordado o conhecimento, atitude e prática dos adolescentes sobre IST/AIDS e formas de prevenção. Para elaborar as perguntas que permitissem ter acesso ao conhecimento dos adolescentes, foi buscado em outras pesquisas (MARTINS *et al.*, 2010); (OLIVEIRA, 2009) quais os aspectos necessários para conceituar o conhecimento, atitudes e práticas de um indivíduo

sobre IST/AIDS.

Nesses estudos (MARTINS *et al.*, 2010); (OLIVEIRA, 2009) encontrou-se que o conhecimento sobre IST/AIDS diziam respeito aos indivíduos saberem as formas de contágio e prevenção da doença e mecanismos de contracepção. Assim, quanto ao conhecimento, foram criadas 3 perguntas: (Questões de 20 a 22 do questionário).

A primeira visando saber o conhecimento dos adolescentes sobre formas de contágio das IST foi elaborada a seguinte pergunta:

- Como se pega IST/AIDS?

Aviso: Pode marcar mais de uma alternativa

Respostas:

Leite materno de pessoa contaminada;

Contato com sangue contaminado;

Pelo esperma e/ou secreção vaginal;

Pelo beijo (saliva);

Pelo suor.

As alternativas das perguntas quanto ao contágio das IST/AIDS (questões 20 e 22) foram elaboradas levando em consideração a literatura científica sobre as formas de contágios e prevenção das IST/AIDS (BARROS, 2011). E as alternativas incorretas foram colocadas nas perguntas em decorrência de aparecerem com frequências em outros estudos como (GHERPELLI, 2009); (JESUS, 2007) e (NUNES, 2008).

A segunda pergunta visando saber o conhecimento dos adolescentes sobre formas de prevenção das IST/AIDS foi elaborada o seguinte questionamento:

- Como você pode se prevenir contra IST/AIDS?

Aviso: Pode marcar mais de uma alternativa

Respostas:

Usando camisinha nas relações sexuais;

Não doando sangue;

Não compartilhando seringas e agulhas;

Selecionando os parceiros sexuais.

A terceira pergunta foi criada com o intuito de saber o conhecimento dos adolescentes sobre formas de contracepção. Assim, foi formulada a seguinte pergunta:

- Que método(s) evita uma gravidez?

Aviso: Pode marcar mais de uma alternativa

Respostas:

Anticoncepcional oral (pílula);

Anticoncepcional (injetável);

Camisinha;

Não sei.

Ainda na 5ª categoria, como objetivo de ter acesso as atitudes dos adolescentes foram criadas 2 perguntas: (Questões 23 e 24 do questionário respectivamente)

A primeira visando saber a atitude dos adolescentes sobre prevenção das IST/AIDS. Foi formulada a seguinte pergunta:

- Você sabe usar a camisinha (preservativo)?

Sim;

Não.

A segunda para saber a atitude sobre contracepção. Foi elaborada a seguinte pergunta:

- Você sabe se prevenir contra uma gravidez indesejada?

Sim;

Não.

Quanto à prática também foram elaboradas 2 perguntas: (Questões 25 e 26 do questionário respectivamente).

A primeira quanto ao uso do preservativo na primeira relação sexual.

- Você usou preservativo na sua primeira relação sexual?

Respostas:

Sim;

NÃO usei por que na primeira relação não precisa. Não engravida;

NÃO usei por que não sabia como usar;

NÃO usei por que meu namorado não quis usar;

NÃO usei por que esqueci.

A segunda quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais;

- Você usa camisinha em suas relações sexuais?

Respostas:

Sim, sempre uso;

Sim, às vezes uso;

Não uso.

As modificações feitas no questionário foram realizadas para atender os objetivos da pesquisa. Pois, como o estudo objetiva identificar além do perfil dos estudantes, do comportamento sexual, das fontes de informações utilizada pelos entrevistados, a visão dos alunos quanto à preparação dos pais e professores para a retirada de dúvida sobre a temática; ter acesso ao conhecimento, atitudes e práticas destes adolescentes sobre as IST, foi inicialmente compreendido esses conceitos e posteriormente elaborado o questionário.

Antes da coleta de dados o questionário foi aplicado a 10% da amostra (41 adolescentes) para corrigir imperfeições, como: questões formuladas com dificuldades de entendimento, acrescentar outras alternativas em perguntas múltipla escolha, etc...

8.6 Definições das variáveis estudadas em relação ao conhecimento, atitudes e práticas

As definições de conhecimentos, atitudes e práticas e sua associação às IST, foram feitas a partir de leituras de outras pesquisas (MARTINS, 2010); (OLIVEIRA, 2009) e estão apresentadas a seguir.

Conhecimentos: O escore foi definido com base em 3 perguntas do questionário (questões de 20 a 22). De cada pergunta foi criado um grupo. **Primeiro grupo:** Foi perguntado: como se pega IST/AIDS? E apresentado 5 alternativas que poderiam ser escolhidas. Sendo 3 alternativas corretas e 2 incorretas. Quando o adolescente marcou as 3 alternativas corretas foi entendido como conhecimento adequado quanto as formas de contágio as IST/AIDS. Assim, cada alternativa correta corresponde a 33,3% do conhecimento adequado.

Segundo grupo: Foi perguntado: como você pode se prevenir contra as ST/AIDS? Foi apresentado 4 alternativas que poderiam ser escolhidas. Sendo 2 alternativas corretas e 2 incorretas. Quando o adolescente marcou as 2 alternativas corretas foi entendido como conhecimento adequado quanto as formas de prevenção as IST/AIDS.

Terceiro grupo: Foi perguntado: Que método(s) evita uma gravidez? Foi apresentado 4 alternativas que poderiam ser escolhidas. Sendo 3 alternativas corretas e 1 incorreta. Quando o adolescente marcou as 3 alternativas corretas foi entendido como conhecimento adequado quanto as formas de contracepção.

Assim, o conhecimento sobre a temática levou em consideração as formas de contágio, de prevenção e contracepção.

Atitudes: O escore foi estabelecido com base em 2 perguntas do questionário (questões 23 e 24). De cada pergunta foi criado um grupo.

Primeiro grupo: Foi perguntado: Você sabe usar a camisinha (preservativo)? Foi apresentado 2 alternativas podendo ser escolhido apenas uma resposta. Quando o adolescente marcou “sim” foi entendido como atitude esperada quanto as formas de prevenção as IST/AIDS.

Segundo grupo: Foi perguntado: Você sabe se prevenir contra uma gravidez indesejada? Foi apresentado 2 alternativas podendo ser escolhido apenas uma resposta. Quando o adolescente marcou “sim” foi entendido como atitude esperada quanto a formas contracepção.

Práticas: O escore foi criado com base em 2 perguntas do questionário (questões 25 e 26). De cada pergunta foi criado um grupo.

Primeiro grupo: Foi perguntado: Você usou camisinha (preservativo) na sua primeira relação sexual? Foram disponibilizadas 5 alternativas de respostas, podendo ser escolhida apenas 1 alternativa. Dentre as alternativas uma era a resposta “sim” e as demais tratavam do motivo do adolescente não ter usado preservativo. Considerou-se prática adequada quando o adolescente marcou “sim” que usou preservativo em sua primeira relação sexual.

Segundo grupo: Foi perguntado: Você usa camisinha em suas relações sexuais? Foram disponibilizadas 3 alternativas de respostas, podendo ser escolhida apenas 1 alternativa. As alternativas apresentadas forma: “sim, sempre uso”, “sim, as vezes uso” e “não uso”. Considerou-se prática adequada quando o adolescente marcou “sim, sempre uso” preservativo em minhas relações sexuais.

8.7 Análises dos dados

A análise estatística foi feita por meio das técnicas: Análise Exploratória de dados e Análise de Correspondência. O primeiro passo em qualquer análise de dados consiste em explorar os dados recolhidos para se ter uma idéia de alguns “padrões” que eles apresentem. Para Levine *et al.* (1996), a análise exploratória de dados, conhecida também como análise descritiva, é o método que envolve a coleta, caracterização e apresentação, de um conjunto de dados de modo a descrever apropriadamente as características deste conjunto.

Existem inúmeras ferramentas descritivas, como os gráficos, tabelas e medidas de síntese como porcentagens, índices e médias para organização dos dados. As mais utilizadas são as séries estatísticas, conhecidas também por tabelas, que tem por finalidade, resumir em um quadro aberto um conjunto de observações, conseguindo expor sinteticamente os resultados dos dados analisados relacionados a fatores como tempo, local, fenômeno e especificação. É importante conhecer e saber construir os principais tipos de tabelas, gráficos e Medidas resumo para

realizar uma boa análise exploratória de dados (LEVINE, 1996).

A Análise de Correspondência foi utilizada com o objetivo de estudar as relações entre as variáveis referentes à avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos adolescentes sobre IST/AIDS, permitindo assim a visualização de associações de frequências das categorias das variáveis. Existem dois tipos de análise de correspondência: a bivariada e a multivariada. Neste trabalho foi utilizada a análise de correspondência bivariada.

Inicialmente na aplicação da análise de correspondência, realizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) para verificar a dependência entre as variáveis, cujas as hipóteses testadas são: H_0 : as variáveis são independentes *versus* H_1 : as variáveis são dependentes (FÁVERO et al., 2009). Continuou-se a análise para as variáveis que o teste qui-quadrado indicou a dependência entre as variáveis, ou seja, rejeição de H_0 .

O próximo passo consistiu na realização do cálculo do critério β , para verificar se existe dependência entre a categoria das variáveis em estudo. Se $\beta > 3$ as variáveis são ditas dependentes a um risco menor ou igual a 5%, o que indica que a análise de correspondência é uma técnica adequada.

Os resíduos padronizados indicam a probabilidade de ocorrência do valor observado na tabela de contingência, estes mostram as associações detectadas pelo teste qui-quadrado e pelo cálculo do critério β . Uma maneira simples de analisar os resíduos é obter o coeficiente de confiança, a partir do qual é possível verificar a probabilidade de determinada categoria de uma variável estar associada à outra categoria (RAMOS et al., 2008), para efeito de relação estatística, considerou-se as relações significantes entre as variáveis quando o coeficiente de confiança for maior ou igual a 0,70 ou equivalentemente $100 \times \gamma = 70\%$.

A avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos adolescentes, sobre IST/AIDS foi feito de acordo com as variáveis estabelecidas e apresentadas anteriormente. O material obtido foi organizado, tabulado, analisado e apresentado em quadros, figuras e tabelas.

Os dados serão expostos e analisados inicialmente em 5 categorias:

1. Perfil dos adolescentes;
2. O comportamento sexual dos adolescentes;
3. As fontes de informações buscadas pelos adolescentes para acesso a informações sobre IST/AIDS e formas de prevenção;
4. A visão do aluno quanto à preparação de pais e professores para abordar os assuntos IST/AIDS e formas de prevenção;
5. Conhecimento, atitudes e práticas dos adolescentes sobre as IST/AIDS e formas de prevenção;

Posteriormente a análise e discussão dessas categorias serão comparadas o conhecimento dos adolescentes dos distritos de Belém.

8.8 Condições de exequibilidade

Em função do grande número de escolas (37) a serem visitadas para a solicitação de autorização da pesquisa e um grande número de adolescentes para responderem os questionários (417), foi formada uma equipe de trabalho para tornar o desenvolvimento da pesquisa exequível. Essa equipe foi composta por acadêmicos da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará que estavam cursando entre o 1º e 9º semestre.

Para participarem da etapa inicial da pesquisa (solicitação de autorização das escolas estaduais de ensino fundamental e médio), foi realizado um treinamento para que os discentes compreendessem do que se trata a pesquisa, quais os objetivos, quem deveria ser procurado nas escolas e como o projeto deveria ser apresentado.

Em um 2º momento esses discentes foram novamente orientados e treinados, visando que eles compreendessem como aplicar o questionário e assim, poderem participar da fase de coleta de dados.

É importante salientar que esse discentes mesmo treinados foram acompanhados de perto em todas as fases, para garantir dados fidedignos.

8.9 Critérios éticos

Para atender aos critérios éticos, a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e seguirá as recomendações desse banco para atingir as recomendações da Resolução CNS Nº 196/96, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos que são: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Neste sentido serão adotadas as seguintes estratégias:

a) Para garantir **autonomia**, foi fornecido aos informantes-alvo o TCLE, que foi assinado antes da etapa de campo, após uma breve exposição dos objetivos do estudo e técnicas de produção de dados; durante o período da pesquisa, respeitaremos e trataremos todos com dignidade.

b) Para garantir **beneficência**, foi garantido aos informantes-alvo o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, tanto individual como coletivos, tanto atuais como potenciais.

c) Para garantir **não maleficência**, asseguraremos aos informantes-alvo que os danos previsíveis foram evitados.

d) Para garantir **justiça e equidade**, destacaremos aos informantes-alvo, a relevância social das reflexões advindas com a pesquisa.

Foi solicitada a autorização da direção das instituições em que foi realizada a pesquisa e foi solicitado ao sujeito da pesquisa (Anexo 1) a autorização dos pais ou responsáveis.

Ao sujeito da pesquisa, foram esclarecidos os objetivos e a metodologia proposta, bem como foi assegurado o direito de acesso aos dados e a garantia do anonimato e manutenção do sigilo das informações. Para assegurar a privacidade do participante, não foi coletada a identificação do participante. O TCLE assinado foi arquivado pelo pesquisador principal. Os dados foram informatizados em computador pessoal do pesquisador principal.

8.9.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os participantes do estudo não foram expostos a nenhum tipo de riscos a curto, médio e longo prazo. Como: físicos, biológicos, psicológicos, sociais, psíquicos, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, tendo em vista, o rigor ético conforme prevê a Resolução CNS Nº 196/96, do Ministério da Saúde. Assim como, as Instituições em que o projeto foi desenvolvido, não foram submetidas a qualquer tipo de risco a curto, médio e longo prazo.

A pesquisa proporcionará benefícios como: a formulação de dados quantitativos substanciais acerca de como os adolescentes conseguem informação sobre IST, assim como o uso ou não de medidas preventivas em relação às IST e a qualidade das informações obtidas por adolescentes. O que facilita a formulação de políticas públicas adequadas para esse público.

As Instituições escolares onde o projeto foi desenvolvido também terão benefícios. Poderão ampliar suas estratégias para abordar o assunto IST, uma vez que conhecerão os locais de onde os adolescentes retiram informações sobre o assunto, quais os motivos que levam os adolescentes a deixarem de procurar a escola para esclarecer suas dúvidas sobre IST e métodos de prevenção e conhecerá se os adolescentes utilizam medidas de prevenção em relação a estas e se empregam de forma correta. Dessa forma, a pesquisa desenvolverá um papel social importante, uma vez que fornecerá subsídios para as instituições para elaborar projetos que supram as dúvidas dos adolescentes sobre a temática e estes não precisem buscar informações deturpadas com pessoas sem o conhecimento devido sobre o assunto fora da escola.

Espera-se que os benefícios obtidos pelos participantes e instituições em curto, médio e longo prazo, possibilitem a consideração de novas estratégias de prevenção as IST, permitindo a implantação de novas práticas e políticas em saúde, tendo em vista uma melhor qualidade de vida e proporcionando benefícios em longo prazo à sociedade, como a redução da incidência de IST.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer a população adolescente em todos os seus âmbitos é imprescindível, pois está inserida em uma realidade que influencia em seu comportamento. Analisar a sondagem de conhecimentos remete também a identificar as características sócio-econômicas, culturais e comportamentais, verificando suas influências em relação à vulnerabilidade que o adolescente está exposto (CASTRO, 2008).

Assim, a 1ª categoria trata do perfil dos adolescentes. E foi formado por 10 aspectos: idade, grau de instrução, repetência escolar, gênero, raça, estado civil, paridade, ocupação, renda familiar e com quem o adolescente reside.

TABELA 4 - Perfil dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto à idade, grau de instrução, repetência escolar, gênero, raça, estado civil, paridade, ocupação, renda familiar e com quem o adolescente reside.

Perfil	Gênero		Total (%)
	Feminino	Masculino	
Idade			
12	3,60	4,08	7,68
13	6,95	3,84	10,79
14	9,11	7,67	16,78
15	7,91	5,28	13,19
16	11,99	5,28	17,27
17	9,35	4,32	13,67
18	11,75	8,87	20,62
Série			
5ª série	6,71	7,19	13,90
6ª série	8,87	6,24	15,11
7ª série	8,87	4,80	13,67
8ª série	17,99	9,82	27,81
1º ano	4,80	2,88	7,68
2º ano	5,52	3,36	8,88
3º ano	7,91	5,04	12,95
Repetência			
Não	32,86	19,42	52,28
Sim	27,82	19,90	47,72
Número de Repetência			
1x	36,86	22,73	59,59
2x	19,19	16,16	35,35
3x	2,53	2,53	5,06
Perfil	Gênero		Total (%)

	Feminino	Masculino	
Gênero			
Entrevistados	60,67	39,33	100,00
Cor			
Pardo	45,80	28,30	74,10
Branco	11,27	7,43	18,70
Negro	3,60	3,60	7,20
Estado Civil			
Solteiro	56,83	35,97	92,80
Amigado	3,60	3,12	6,72
Casado	0,24	0,24	0,48
Filho			
Não	58,99	38,37	97,36
Sim	1,68	0,96	2,64
Número de Filho			
1	60,00	30,00	90,00
3	10,00	0,00	10,00
Trabalho			
Não	54,44	32,61	87,05
Sim	6,24	6,71	12,95
Renda Familiar			
menos de 1	12,95	7,19	20,14
1 a 2	36,46	23,02	59,48
3 a 4	7,67	6,95	14,62
mais de 4	3,60	2,16	5,76
Moradia			
Pais e irmãos	52,75	37,17	89,92
Tios	3,36	0,24	3,60
Avós	1,92	1,20	3,12
Patroa	0,72	0,48	1,20
Amigos	0,96	0,24	1,20
Namorada	0,72	0,00	0,72
Sozinho	0,24	0,00	0,24

Para elaborar o perfil dos entrevistados, o estudo identificou a idade dos pesquisados. Porém, é importante frisar que por se tratar de uma pesquisa com adolescente foi estabelecido o critério cronológico para definir adolescente. Dessa maneira, utilizou-se o conceito do ECA (2008) que diz que adolescentes é todo indivíduo entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2008).

Assim, para atender o critério cronológico da definição de adolescência, os entrevistados possuíam entre 12 e 18 anos de idade. 7,68% possuíam 12 anos, 10,79% - 13 anos, 16,78% – 14 anos, 13,19% – 15 anos, 17,27% – 16 anos, 13,67%

– 17 anos e 20,62% - 18 anos. O maior número de entrevistado foi adolescente de 18 anos de idade. Tabela 4.

A idade pode influenciar a tomada decisão, o comportamento, a postura e a forma de expressão de um indivíduo, uma vez que com o passar da idade as pessoas tendem a ganhar maturidade, o que pode facilitar a aquisição de conhecimento, modificar as atitudes e interferir na prática. Entretanto, é importante destacar que apesar da idade poder influenciar o comportamento de um indivíduo não é o único fator (CASTRO, 2008).

Quanto à série/ano dos adolescentes de Belém da rede estadual, do ensino fundamental e médio, 70,51% cursavam entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental e 29,49% cursavam entre o 1º e 3º ano do ensino médio. De forma mais detalhada: 13,90 % cursavam a 5ª série, 15,11% a 6ª série, 13,67% a 7ª série e 27,81% a 8ª série do ensino Fundamental. E 7,68% o 1º ano, 8,88% o 2º ano e 12,95% o 3º ano do ensino Médio. O maior número de entrevistados foram alunos da 8ª série do ensino Fundamental e os do 3º ano do ensino Médio (Tabela 4).

O grau de instrução de um indivíduo pode influenciar diretamente o seu grau de conhecimento. Porém, não é um fator determinante. O conhecimento adquirido sobre um determinado assunto recebe interferência de vários fatores, como por exemplo: a experiência de vida, os aspectos culturais, o acesso a educação, o contato familiar, o grupo social em que o indivíduo esteja inserido e a capacidade individual de sintetizar, compreender e praticar o conhecimento recebido (PIAGET, 1972).

Traçar o perfil dos adolescentes de Belém, matriculados da 5ª série do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio da rede estadual de ensino é importante para compreender se o conhecimento desses adolescentes tem influência, com a educação ofertada, o acesso as informações, a idade, a escolaridade, o comportamento sexual, o contato com a família, as condições econômicas, entre outros. Dessa maneira, foi indagado aos estudantes se já tinham repetido alguma série/ano. 52,28 % responderam que não e 47,72% responderam já ter repetido alguma série (Tabela 4).

A repetência escolar pode está associada a vários fatores, como: o estímulo ofertado para os estudos, as condições estruturais que são disponibilizadas para esse adolescente, a deficiência de acompanhamento da família, a reduzida representatividade que o bom rendimento escolar possa ter na vida desse adolescente, os hábitos culturais, a forma como os pais ou responsáveis se posicionam quanto à importância dos estudos e que mecanismos estes responsáveis utilizam para conseguir renda (BOSSA, 2008).

O cenário da educação brasileira ainda desanima, não só pela baixa qualidade do ensino, como pelo grande número de evasão e repetência dos alunos. Pobreza e métodos ineficazes de aprendizagem resultam em aluno fora da escola, levando ele a vulnerabilidades e grandes riscos, como violência, drogas e IST/AIDS (TEIXEIRA, 2008).

Na América Latina, dados do INEP de 2010 demonstraram que no Brasil há um elevado grau de repetência na 5ª série do ensino fundamental (54,0%), superando Colômbia (43,8%), Bolívia (38,4%), Peru (29,0%), Equador (28,2%) e Paraguai (27,6%). Também, o Brasil revelou um grande percentual de alunos que demoravam para concluir o ensino fundamental: 8,2 anos, em média, contra 6,5 anos no Peru, 6,3 anos no Paraguai, 6,2 anos na Colômbia e Equador e 4,8 anos na Bolívia.

O grau de repetência revela o grau de cultura dos diversos povos e o descaso que foi dado à educação nesses países, porque repetência também é resultado da conjuntura socioeconômico-cultural do país. No Brasil, além das causas inerentes a essa conjuntura, permanecia a arraigada cultura da repetência. No passado, ainda não muito distante, o melhor professor era aquele que mais reprovava, quando, hoje, sabe-se que o que lhe faltava era um bom método didático-pedagógico, um trabalho mais apurado no seu senso de relacionamento interpessoal (MACEDO, 2009).

Dos adolescentes que responderam já ter repetido determinada série do ensino, 59,59% afirmaram ter repetido uma vez alguma série, 35,35% duas vezes e 5,06% três vezes (Tabela 4).

É importante buscar entender o porquê de um quantitativo de repetência tão alto. O princípio fundamental da educação é dar uma boa formação ao aluno, tanto no aspecto cognitivo, como no aspecto comportamental. Se o fundamental não estiver sendo ofertado pode desencadear várias conseqüências negativas, como o aumento da repetência escolar (AZEVEDO, 2008).

A escola sempre discutiu a necessidade de se proporcionar ao aluno uma boa base, para que ele pudesse prosseguir estruturado em seus estudos. Esse critério de base continua o que muda é o conceito da base, a maneira de adquiri-la. A base não se sustenta como anteriormente se acreditava pelo amontoado de conhecimento, adquirido pela teorização, pela memorização. Sustenta-se pelas vias de aquisição do conhecimento, ou seja, pelo desenvolvimento das competências cognitivas de caráter geral, levando o aluno a pensar, a criar, a criticar, a agir, a se tornar uma cabeça pensante (FONTES, 2008).

É importante que as escolas tenham o objetivo centrado na aprendizagem, não no ensino. Uma escola que encontre o caminho da aprendizagem, que trabalhe e considere as diferenças individuais, que estabeleça e respeite, na avaliação, os padrões de máximo e de mínimo, conforme o potencial de cada um. Abordagem esta, facilitada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que dá liberdade às escolas inovarem, para fazer o aluno aprender (LDB, 2008).

É essencial que sejam traçadas metas com a finalidade de evitar a repetência, como: um programa de aceleração da aprendizagem, destinado a alunos com defasagem idade/série, no qual o aluno cumpra o currículo de dois anos em um; programa especial de férias, com aulas de recuperação que valem como oportunidade para o aluno passar de ano; sistema de matrícula por dependência e a formação do ensino fundamental em ciclos, em que não há reprovação anual. O aluno só pode ser reprovado no fim de cada ciclo. A escola deve, ainda, oferecer ao aluno, durante o ano, um programa de recuperação continuada (RAMOS, 2009).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) orientam que devem ser

abordados conteúdos variados e atualizados, propondo, ao lado do currículo formal, um currículo em que se considera a realidade vivida pelo aluno – adotando práticas estimuladoras da aprendizagem, contribuindo quando bem aplicadas, a reduzir as taxas de evasão e repetência. Estas medidas, contudo, embora salutares, são paliativas, visto que o fulcro da questão reside na deficiente formação docente e nas precárias condições em que o ensino se processa (THIENGO, 2010).

O que precisa mudar é a característica da aprendizagem; que ela seja prática, que dê ao aluno a oportunidade de elaborar, criando um verdadeiro processo de construção do conhecimento. O conhecimento teórico é apenas complementar, afinal, adquire-se conhecimento para intervir na realidade. No construtivismo, o professor leva o aluno a vivenciar as situações, a redescobrir o mundo pelo próprio esforço e iniciativa, a redescobrir seus princípios, suas leis de funcionamento (MURTA, 2007).

Quanto ao gênero dos entrevistados, a maior parte dos participantes da pesquisa é do gênero feminino 60,67% e 39,33% do gênero masculino (Tabela 4).

Nascem mais homens que mulheres, mas a mortalidade masculina é maior que a feminina ao longo de toda a vida em decorrência do comportamento masculino. Apesar de o perfil feminino vir sofrendo mudanças ao longo dos anos, o homem ainda ingere mais bebida alcoólica que as mulheres e se envolve mais em acidentes de trânsito e conflitos (IBGE, 2013).

Apesar das mulheres comporem a maior parte da população brasileira, o gênero feminino ainda não é a maioria em vários cargos do país, algumas vezes possui salários menores do que homens que desempenhem a mesma função, mesmo que esta seja mais capacitada para desempenho de determinada atividade. O que explica essas diferenças é o processo de discriminação e marginalização que o gênero feminino passou ao longo de décadas e que aos poucos vem sendo superado (FRASER, 2009).

É notório que as mulheres estão cada vez mais ganhando espaço na

sociedade, um grande exemplo é cargo de Presidente do Brasil ser ocupado por uma mulher. Esse avanço talvez se deva ao fato da busca feminina por acesso a educação, as mudanças sociais e a luta constante pela tão sonhada igualdade de gênero (IPEA, 2012).

Essas mudanças formaram um novo perfil da mulher brasileira que de frágil, não tem nada: são mães, estudantes, profissionais, empreendedoras, geradoras de renda, chefe de família, independentes e acima de tudo são mulheres maduras e conscientes, fazendo com que essas tenham o maior grau de escolaridade do que os homens e maior facilidade de conciliar um grande número de atividades (CRISOSTOMO, 2010).

Da mesma maneira que esse novo perfil feminino trouxe inúmeros benefícios às mulheres, também veio acompanhado de um lado negativo. Psicologicamente, o gênero feminino tende a amadurecer mais precocemente que o masculino, então, geralmente elas acabam assumindo precocemente mais responsabilidades, o que faz com que algumas, não tenham tempo para realizar uma alimentação de qualidade, praticar exercícios físicos e acabam desenvolvendo novos hábitos: excesso de alimentos industrializados, ingestão de bebida alcoólica e aumento de doenças cardiovasculares (CARVALHO, 2010).

Todo esse processo de afirmação feminina, ao longo dos anos, gerou uma necessidade, ainda que camuflada, da mulher não se mostrar mais submissa ao marido, ao pai, de se sentir dono do próprio corpo e possuir os mesmos direitos que os homens, inclusive os sexuais (FERREIRA, 2010).

As mulheres passaram a manter mais relações sexuais, não só com um parceiro fixo, mas, também de forma eventual, o que desencadeou um aumento do vírus HIV entre a população feminina. Vale destacar, que essa contaminação de mulheres pelo vírus HIV, vem acontecendo de forma diferente dos anos 80 e 90 em que a mulher era contaminada pelo marido, agora, ela se contamina cada vez mais precoce, às vezes, na primeira relação sexual (AZEVEDO, 2008).

Ainda com objetivo de descobrir quem é esse adolescente na pesquisa, foi

abordado à temática: Raça/ Cor. 59,59% se intitularam pardo, 35,35% branco e 5,06% negros. Tabela 4.

Antes que seja iniciada uma discussão a respeito da intitulação dos entrevistados quanto a sua cor é necessário compreender a diferença entre raça, cor e etnia. Raça é a subdivisão de uma espécie, formada pelo conjunto de indivíduos com caracteres físicos semelhantes, transmitidos por hereditariedade: cor da pele, forma do crânio e do rosto, tipo de cabelo etc. Raça é um conceito apenas biológico, relacionado somente a fatores hereditários, não incluindo condições culturais, sociais ou psicológicas. Para a espécie humana, a classificação mais comum distingue três raças: branca, negra e amarela (CARNEIRO, 2008).

Rezende (2010) conceitua raça ressaltando o seu aspecto social. Reforça que palavras como negro, branco e moreno “tornam-se atribuições que podem variar de acordo com quem fala, como fala e de que posição fala.

Ao tratar do termo etnia, Carneiro (2008) aponta como definição para étnico: “conceito que engloba as idéias de nação, povo e raça; diz respeito a um grupo com traços físicos e culturais, cujos membros se identificam com grupo, ou seja, sentem que pertencem ao grupo”.

Assim, raça relaciona-se não só com a cor da pele, mas, leva em consideração outros aspectos físicos e etnia relacionam-se com aspectos físicos e culturais. Dessa maneira, no estudo será usado o termo raça (OLIVEIRA, 2010).

O Brasil adota segundo Oliveira (2010), o racismo mais eficaz do mundo: aquele que não tem um padrão, não é evidente. Ele é sofrido e praticado todos os dias, mas não pode ser mensurado, porque não é evidente. No Brasil racismo é o “racismo de marca”, no qual características como cor da pele e textura do cabelo são usadas para definir se o sujeito é ou não negro. Assim temos um “racismo em gradação”, que atinge em maior escala aqueles que mais se aproximam do fenótipo negro. Esse sistema é motivado por fatores históricos, sociais e políticos.

Dessa maneira, é possível perceber que algumas vezes o indivíduo é negro,

porém, ele se intitula “moreno”, pardo. Talvez, por medo de ser discriminado, de sofrer preconceito ele mesmo acaba praticando o primeiro preconceito em precisar se enxergar de uma forma diferente do que é para se sentir bem. Essa atitude talvez explique o número tão grande de pardos na pesquisa e o número tão pequeno de negros (REZENDE, 2010).

É relevante considerar que às vezes não se intitular negro esteja associado às diversas conotações culturais que o termo pode remeter: negro foi escravo, negro foi considerado feio, negro não tinha acesso à educação, negro foi discriminado. Então, para não passar por essas associações é mais fácil ser “moreno”. Dessa percepção surge o questionamento: quão prejudicial é para a formação, para a aceitação e para o fortalecimento da identidade do negro estar associado a um termo que apresenta tantas variáveis e tantas variações no uso. De certo modo, acredita-se que essas inconstâncias afetam negativamente o modo como o negro se vê e como é visto (OLIVEIRA, 2010).

Ao perguntar o estado civil dos entrevistados, a maioria (92,80%), afirmou ser solteiro, 6,72% amigado e 0,48% casado. Tabela 4.

O grande número de entrevistados solteiros condiz com a realidade brasileira em que as pessoas estão se casando cada vez mais tarde. Segundo o levantamento do IBGE (2011), os homens solteiros na data do casamento tinham, em média, 28 anos; enquanto as mulheres se casaram com 26 anos-ambos três anos a mais que os números de 2001, quando os homens casavam com 25 e as mulheres com 23 anos. No Pará a idade média de casamento foi de 30 anos, diferente de outros estados que geralmente entre 26 e 27 anos.

As oportunidades de trabalho e de educação, assim como a opção cada vez mais comum de convívio em união consensual, são fatores que influenciam no adiamento da formalização das uniões e conseqüentemente na elevação da idade de solteiros na data do casamento (IBGE, 2011).

À medida que cresce a média de anos de estudo, as mulheres tendem a se

casar mais velhas. Casar mais tarde permite à mulher a oportunidade de estudar por mais tempo porque não sofre pressão contrária do marido, nem a necessidade de se dedicar à criação dos filhos (MURTA, 2007).

Por outro, apesar do fato dos indivíduos solteiros terem a possibilidade de estudar mais, também aumenta a possibilidade de comportamento de riscos, como: envolvimento com álcool e drogas, violência no trânsito, comportamento sexual irresponsável, facilitando a contaminação por IST/AIDS e a gravidez indesejada (MARTINS, 2008).

Quanto à paridade. A maior parte dos adolescentes 97,36% afirma não ter filhos. Apenas 2,64% afirmam ter filhos. Entre os 2,64% que afirmaram serem mães ou pais, 90% possuem apenas um filho. Tabela 4.

Fica evidente que poucos dos estudantes entrevistados tiveram filhos. Apenas 2,64% dos entrevistados. Ao observar esses números de forma quantitativa, pode-se erroneamente concluir que foi algo bom. Porém, o que deve ser pensado não é apenas no número bruto de gravidez. Mas, nas condições em que essas gestações aconteceram. Foi uma gravidez desejada? Os pais estão prontos para assumir a responsabilidade e os custos de sustentar um filho?

Os dados do IBGE (2011) respondem essas perguntas, por que a pesquisa aponta que o número de adolescentes entre 10 e 19 anos que engravidaram sem planejamento e se tornam mães no Brasil vem aumentando nos últimos quatro anos. Só no ano passado, elas responderam por cerca de 31% do total de partos realizados nos hospitais do SUS.

A cada dia no Brasil e no mundo aumentam o número de jovens que tem a sua vida interrompida por uma gravidez não planejada. Existe um grande número de mulheres adultas com dificuldade de engravidar enquanto meninas sem nenhum preparo engravidam (FERREIRA, 2010).

No Brasil cerca de 700 mil meninas são mães todos os anos e desse total

pelo menos 2% tem entre 10 e 14 anos, sendo que elas não têm nenhuma preparação psicológica e nem financeira para poder dar um bom futuro a essas crianças (OPS, 2008).

Já não causa tanto espanto sabermos que meninas de 10, 11, 12 anos tenham vida sexual ativa, assim como aparecem em consultórios portando alguma IST e ou grávida (GALLAND, 2008).

O que levaria então essas adolescentes a engravidar, uma vez que nunca foram tão divulgados os meios para evitar a gravidez indesejada, e mesmo assim, o número de adolescentes grávidas é cada vez maior. Existem vários fatores que contribuem com esse quadro como: A falta de um projeto de orientação sexual nas escolas, família, comunidade de bairro e igrejas; a mídia, exagerando na erotização do corpo feminino, a falta de informação dos pais de adolescentes (ARILHA, 2008).

Devido a questões culturais, vergonha, preconceitos, muitos pais tem dificuldade de falar sobre sexualidade com o filho. Na maioria das vezes os recados são dados de forma indireta, e que nem sempre o filho entende. Como por exemplo: "Não vá aprontar" ."Olha lá o que vai fazer". Ou usa histórias envolvendo alguma conhecida, como: "viu o que aconteceu com a fulana?". Em muitos casos a orientação sexual dos pais para os filhos, se limita a dizer para as meninas, sobre os cuidados que elas devem tomar com relação à higiene no período menstrual. E para os meninos, dizem: Cuidado para não pegar nenhuma doença (JESUS, 2007).

A adolescência, não é o melhor período da vida para engravidar. Grávida, a jovem tem que lidar com as tarefas de se tornar independentes, já que tem um dependente sob sua responsabilidade (BARROSO, 2008).

O resultado são adolescentes fora da escola, sem chances no mercado de trabalho, que não têm renda para sustentar sozinhos seus filhos. Uma vida marcada pela falta de planejamento, de perspectivas e de opções (BRADEN, 2010).

A gravidez na adolescência geralmente leva essas precoces mães a criar

suas filhas sozinhas. A maioria vai precisar do apoio da família. E quando isso não acontece, elas podem voltar a engravidar ou continuar mantendo relação sexual sem proteção se expondo a chance de se contaminar com uma IST (CORRÊA, 2009).

Quanto ao número de adolescentes que trabalha, a pesquisa identificou que 87,05% dos entrevistados não trabalham e 12,95% dos adolescentes trabalham. Tabela 4.

O Estatuto da Criança e Adolescente assegura a formação integral da criança e adolescente, sendo resguardado o direito à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2008).

Sendo assim, os adolescentes podem trabalhar, porém, as jornadas de trabalho devem guiar-se por esses princípios. O direito à profissionalização não pode ser interpretado isoladamente dos demais direitos. Assim, sua formação profissional deve assegurar-lhes tempo e condições para as outras atividades que também são de igual importância (BRASIL, 2008).

O ECA não dispõe sobre a jornada de trabalho do adolescente, por isso é levado em consideração o que versa a CLT. Esta determina que a duração da jornada juvenil está em conformidade com o art.7º, XIII,CF/88: “duração do trabalho não superior a oito horas diárias e não superior a quarenta e quatro semanais” (BRASIL, 2008).

O trabalho na adolescência pode instigar o desenvolvimento da responsabilidade, uma vez que o adolescente segue horários para entrada e saída e possui funções determinadas. Além, de fazer com que ele perceba a possibilidade de ter renda e isso lhe permitir adquirir bens de consumo e estimular o desejo pela independência financeira (MACEDO, 2009).

Apesar, de existir vários aspectos positivos associado ao trabalho. Também

existe o lado negativo, uma vez que se o adolescente não estiver sendo acompanhado pela família, pode ficar deslumbrado com as possibilidades que a remuneração está lhe proporcionando e acabar abrindo mão dos estudos para ficar apenas trabalhando. Além, de utilizar o salário de forma inadequada, como o investimento em álcool e drogas (FONTES, 2008).

Dados do INEP (2010) destacam que de uma maneira geral os adolescentes gostam de trabalhar. Faz com que eles se sintam úteis, independentes e crescidos. Considerado o caráter competitivo do atual mercado de trabalho, a profissionalização do adolescente aparece como procedimento eficaz para impedir a pobreza decorrente do desemprego ou os péssimos salários que acompanham a falta de qualificação, além de inseri-los de maneira adequada no mercado formal de trabalho e integrá-los à sociedade como verdadeiros cidadãos (MELO, 2009).

Quanto à renda familiar dos entrevistados, 20,14% ganham menos de um salário mínimo, a maioria 59,48% tem uma renda média de 1 a 2 salários, 14,62% ganha de 3 a 4 salários e apenas 5,76% recebe mais de 4 salários. Tabela 4.

Desde 2003 a economia brasileira cresceu em todos os anos. No Nordeste em 2012, a renda cresceu 72,8%, já no Sudeste, região mais rica do País, essa taxa foi de 45,8%. O ajuste nominal do salário mínimo e programas sociais como o Brasil Carinhoso, Brasil sem Miséria, Minha Casa Minha Vida são os responsáveis pela melhoria da renda do trabalhador. A redução da desigualdade pode ser decomposta pelas diversas fontes de renda: Trabalho (58%), Previdência (19%), Bolsa Família (13%), Benefício de Prestação Continuada (BPC 4%) e outras rendas (6%) como aluguéis e juros (IBGE, 2013).

O processo de redistribuição de renda tem como principal causa o aumento do emprego. No entanto, sem as políticas redistributivas patrocinadas pelo Estado brasileiro, a desigualdade teria caído 36% menos na década. Cada real gasto com o programa Bolsa Família reduz a desigualdade 350% mais que cada real gasto com Previdência. Dessa maneira, a renda per capita das famílias brasileiras aumentou 3% ao ano, em uma década (2001 a 2011), passando de R\$ 591 para R\$ 783 (IBGE, 2013).

Assim, a renda dos entrevistados condiz com a realidade encontrada no Brasil. Proporcionar as famílias profissionalização faz com que os indivíduos possam ter um emprego e adquirir autonomia de diversos programas sociais, além de poder promover melhor educação, alimentação, moradia e acesso a saúde (MELO, 2009).

A renda de uma família pode interferir indiretamente no grau de conhecimento de um indivíduo, já que pode cercear o cidadão de contato com uma educação de qualidade, com livros atuais, cursos e experiências extracurriculares (CRISOSTOMO, 2010).

No intuito de compreender quem é esse adolescente Nortista, Belenense, foi indagado na pesquisa com quem ele residia. A maioria 89,92% afirmou residir com os pais ou responsável; 3,60% com tios; 3,12% com avós; 1,20% com a patroa; 1,20% com amigos; 0,72% com namorado e 0,24% sozinho. Tabela 4.

A família desempenha um papel essencial na vida do adolescente, uma vez que ela desde a infância ensina valores do que é certo ou errado, como se comportar na sociedade, o que é um risco ou não a saúde do indivíduo. Porém, como a estrutura familiar vem passando por várias mudanças, os pais muitas vezes ficam muito tempo fora de casa e acabam deixando a educação dos filhos na responsabilidade de terceiros ou da escola (RIBEIRO, 2008)

Esse distanciamento que vem sendo criado na relação entre pais e filhos, somado a inexperiência e a falta de técnica de alguns responsáveis para lidar com os filhos, a respeito de vários assuntos, como: sexualidade, prevenção de doenças e sexo, afasta os filhos da família e aproxima-os dos grupos sociais ou ao isolamento tecnológico (MARTINS, 2010).

Essa compreensão da família e das mudanças que ela vem passando, explica por que mesmo com a maioria dos adolescentes ainda residindo com os pais ou responsáveis, eles estão cada vez mais longe desse grupo e mais perto dos amigos, colocando em situações de vulnerabilidade, como o fato de conversarem sobre sexualidade e sexo com os amigos ao invés de conversar com os pais. Como foi

encontrado nos estudos de Noronha, (2009), Martins, *et al* (2010) e Oliveira, *et al* (2009), que a maioria dos adolescentes retiram suas dúvidas sobre sexo e sexualidade com os amigos.

A dissertação de mestrado em saúde materno infantil da USP de 2009: Sexualidade e fontes de informação entre adolescentes estudantes do ensino médio apresenta uma pesquisa realizada com 1178 adolescentes no ano de 1996 e 657 em 2008 em que foi indagado às fontes que os adolescentes procuram informação sobre sexualidade, os amigos foi a mais mencionada (NORONHA, 2009).

Atualmente, além das preocupações gerais dos pais com a questão de como lidar com a adolescência dos filhos, existem dois grandes problemas que vêm afligindo os adultos que possuem filhos adolescentes. São eles: a iniciação sexual precoce e a ameaça da drogadição, os quais trazem consigo também a preocupação crescente com a possibilidade de contaminação pelo vírus HIV, uma vez que tem crescido assustadoramente o número de adolescentes contaminados por este agente infeccioso (NUNES, 2008).

Associado a essas preocupações, acrescenta-se o fato de muitas vezes os pais não saberem como lidar com os filhos e ao invés de buscarem mecanismo para estreitar essa relação acabam se afastando, estimulando que o adolescente entenda erroneamente que as dúvidas e incertezas características desse período sejam problemas individuais e que encontrar essas respostas pode levá-lo a acessar sites com informações duvidosas e a aprender através de terceiros informações inverídicas (RENA, 2009).

Assim, é possível compreender que apesar da maior possibilidade ao acesso a informações, pela internet, com os pais, na escola, a maioria dos adolescentes ainda busca conhecimento sobre sexualidade e sexo com amigos por se sentirem mais seguros (SILVA, 2008).

Em síntese, será apresentado o perfil formado nessa 1ª categoria: 20,62% possuem 18 anos; a maior parte dos entrevistados cursa o ensino Fundamental 70,51%; não repetiu nenhuma série do ensino fundamental ou médio 52,28%; dos

52,28% que já repetiu alguma série 59,59% repetiu apenas uma vez; 60,67% são do gênero feminino; 74,10% são pardos; 92,80% são solteiros; 97,36% não têm filhos; 87,05% não trabalham; 58,48% tem a renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e 89,92% residem com os pais ou responsáveis.

Quanto à 2ª categoria: comportamento sexual dos adolescentes foi formada por 5 aspectos: relação sexual, número de parceiros sexuais, vida sexual ativa, parceiro sexual fixo e orientação sexual.

TABELA 5- Comportamento sexual dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto à relação sexual, número de parceiros sexuais, vida sexual ativa, parceiro sexual fixo e orientação sexual.

Comportamento	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Já Teve Relação Sexual			
Não	32,37	17,27	49,64
Sim	28,30	22,06	50,36
Idade da Primeira Relação Sexual			
11	0,48	1,43	1,91
12	1,90	11,90	13,80
13	5,71	7,14	12,85
14	14,29	8,10	22,39
15	16,19	10,48	26,67
16	9,52	2,86	12,38
17	4,76	1,43	6,19
18	3,33	0,48	3,81
Quantidade de Parceiro Sexual			
1	23,56	12,50	36,06
2	15,38	7,21	22,59
mais de 2	17,31	24,04	41,35
Vida Sexual Ativa			
Não	21,90	16,19	38,09
Sim	34,29	27,62	61,91
Parceiro Sexual Fixo			
Não	17,22	26,79	44,01
Sim	38,77	17,22	55,99
Orientação Sexual			
Heterossexual	57,31	36,69	94,00
Homossexual	2,88	2,64	5,52
Bissexual	0,48	0,00	0,48

Quando perguntado aos adolescentes se já tinham mantido relação sexual,

50,36% entrevistados responderam “sim”. Destes 28,30% são do gênero feminino. Tabela 5.

A prática sexual entre adolescentes é ampla e deve ser considerada para todas as políticas que envolvem este público, tanto de educação, como de saúde (BUSS, 2000). Segundo Brasil (2010), 33% dos adolescentes antes de 18 anos já tiveram relação sexual.

O adolescente algumas vezes sente a necessidade de ter um padrão de comportamento parecido com a do grupo em que pertence. Se a maioria dos adolescentes da turma já tiver mantido relação sexual esse jovem sente a necessidade de também manter (AZEVEDO, 2008).

É claro que esse comportamento de afirmação dentro do grupo social não é uma regra. O adolescente quando bem informado e orientado pela escola e acompanhado pela família, consegue perceber que ele pode apresentar um comportamento diferente dos outros adolescentes (FREITAS, 2008).

As mudanças em que a sociedade vem passando em decorrência da globalização, do maior acesso a internet, do amplo apelo sexual dos programas televisivos, podem despertar a sexualidade do adolescente, permeada de mitos, inverdades e riscos (CASTRO, 2008).

É notório que o comportamento sexual dos adolescentes vem sofrendo mudanças. A pesquisa de Ferreira (2010) demonstra que cada vez mais cedo os adolescentes estão mantendo relação sexual. Em 2008 a idade média do início das relações sexuais era 16 anos e em 2010 essa média caiu para 15 anos. Estima-se que em 2013 ou 2014 essa idade média para o início da atividade sexual chegue aos 14 anos.

Na pesquisa foi encontrado que dos 50,36% que afirmaram já manter relação sexual, o maior número de entrevistados 26,67% teve a primeira relação sexual com 15 anos. Tabela 5.

É importante destacar o número expressivo de adolescentes que tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos, 22,39%. O que reforça que cada vez mais cedo os adolescentes vem mantendo relação sexual. O resultado encontrado no estudo condiz com as pesquisas de (SILVA, 2008); (VIEGAS, 2010) e (QUEEIROZ, 2008).

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e tem ocorrido cada vez mais precocemente. Ferraz & Ferreira (1998) relataram que, em 1986, apenas 14,0% dos jovens entre 15 e 19 anos tiveram relação sexual pré-marital, enquanto que, em 1996, esta proporção subiu para 30,0%. Este aspecto foi também evidenciado em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2009), onde a idade média do início da vida sexual encontrada em 1984 foi 15,3 anos entre os homens de 16 a 19 anos de idade e 16 anos entre as mulheres da faixa etária. Já em 1998, a idade média verificada diminuiu para 14,5 e 15,2 anos respectivamente.

Os indivíduos têm iniciado sua vida sexual, em grande parte, na adolescência e de formas um tanto diferenciadas. As práticas sexuais na juventude têm sido descritas como dinâmicas e em constantes transformações, sendo que seus perfis podem acarretar impacto importante na vida reprodutiva dos jovens, como, por exemplo, o aumento das taxas de fecundidade e a magnitude da AIDS no perfil epidemiológico dos jovens brasileiros (CASTRO, 2008).

O estudo de Aberastury e Knobel (2009) apresenta a pesquisa que relaciona a primeira relação sexual com o comportamento sexual na idade adulta.

Cada entrevistado foi classificado como tendo uma primeira relação sexual precoce (menos de 15 anos), em tempo (15 a 19 anos), ou tardia (mais de 19 anos). Os que tiveram uma primeira experiência sexual tardia foram associados com maior escolaridade e maior renda familiar na idade adulta e tiveram menos parceiros na idade adulta (ABERASTURY; KNOBEL, 2009).

Arilha (2008) em seu trabalho: Sexualidade na adolescência: o que há de novo, relata que os indivíduos que têm relacionamentos íntimos mais tarde, depois de terem acumulado maturidade cognitiva e emocional, tem maiores chances de

reduzir o comportamento de riscos as IST/AIDS e gravidez indesejada do que os indivíduos que entram em relações íntimas enquanto ainda são adolescentes (e imaturos).

O início sexual precoce acarreta não só em uma vida sexual mais ativa, mas, no maior número de parceiros ao longo da vida, maior vulnerabilidade as doenças sexuais e gestações indesejadas. E está intimamente ligado às bases familiares e experiências de amigos. A educação sexual formal pode auxiliar a minimizar os riscos da iniciação sexual precoce (KAWAMOTO, 2007).

Quando indagado aos entrevistados que já tinha mantido relação sexual o número de parceiros. Obteve-se que 36,06% tiveram apenas um parceiro; 22,59% tiveram dois parceiros e 41,35% tiveram mais de dois parceiros sexuais. Tabela 5.

O grande número de parceiros sexuais entre os adolescentes, associado a comportamentos de riscos como o não uso de preservativo pode favorecer a disseminação de IST/AIDS e gravidez indesejada (LIMA, 2008).

Além da iniciação sexual mais precoce, nos últimos anos houve o aumento do número de parceiros (de homens e mulheres). Se a troca de parceiros é maior, a troca de doenças também pode ser maior (GALLAND, 2008).

Além das consequências visíveis, cuja principal é a gravidez na adolescência, que tem sido recorrente, há ainda os problemas não visíveis para a maioria da sociedade, que são as Infecções Sexualmente Transmissíveis (LIMA, 2008).

Segundo Schechter & Marangoni (2008), vem aumentando o número de adolescentes que apresentam IST, especialmente o vírus HPV. O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2009 aponta que no Brasil cerca de 25% das mulheres até 20 anos de idade têm vírus HPV.

O aumento do vírus HPV e outras IST entre adolescentes deveriam preocupar pais, escolas e profissionais de saúde, tendo em vista que a tendência do quadro atual é aumentar o número de casos. O vírus HPV é contraído a partir de relação

sexual desprotegida, o vírus pode levar ao câncer de colo de útero, o qual pode ter como consequência até a infertilidade. (OSELKA, 2009).

A troca de parceiros sexuais, relações sexuais sem proteção, a vida sexual ativa e o fato de ter um parceiro sexual fixo, pode facilitar o contágio de inúmeras IST, não só o vírus HPV. Quando indagado aos entrevistados se tinham vida sexual ativa 61,91% responderam que sim e 38,09% afirmaram que não. Tabela 5.

A vida sexual ativa desses adolescentes associado a informações sem qualidade sobre formas de contágio e prevenção das IST pode levá-los a disseminar inúmeras IST/AIDS, além da gravidez indesejada, o aborto, o aumento da evasão escolar, o estímulo a drogadição e prostituição (PIMENTEL, 2009).

No início da adolescência é importante que pais e responsáveis acompanhe filhas e filhos ao ginecologista e urologista, respectivamente, para que possam conversar sobre as mudanças que os corpo está passando, os cuidados de higiene, orientação sobre formas de se prevenir contra IST/AIDS e gravidez indesejada e os riscos e vulnerabilidades dessa fase associado à sexualidade (RIBEIRO, 2008).

Segundo dados da Organização Pan-americana de Saúde (2008), 14% dos jovens brasileiros, entre 11 e 14 anos, apresentam vida sexual ativa. Com isso, os adolescentes precisam assumir responsabilidades ainda em fase de amadurecimento. É nessa hora que a família deve orientá-los.

A melhor relação entre o adolescente e seus pais se dá por meio de uma liberdade dosada. “Se a menina quer dormir na casa do namorado, o ideal não é proibir, mas permitir com limites” (RENA, 2009).

É importante destacar que vida sexual ativa pode acontecer com o mesmo parceiro ou com parceiros diferentes. E nas duas situações não eliminam os riscos de contágio de uma IST/AIDS. Pois, quando o adolescente possui um único parceiro sexual, muitas vezes ele se sente mais seguro e não utiliza proteção, se expondo ao contágio (FERREIRA, 2010).

Quando indagado entre os entrevistados que já tiveram relação sexual se tinham parceiro fixo, 44,01% responderam que “não” e 55,99% responderam que “sim”. Tabela 5.

As pesquisas de Queiroz (2008) e Santos (2009) demonstraram que o uso de preservativo entre adolescentes que possuem parceiro fixo é menor.

O adolescente se sente envergonhado em ter que falar para o parceiro que deseja usar o preservativo. Pois, acredita que o parceiro irá pensar que não existe confiança na relação. E a imaturidade entre os adolescentes algumas vezes leva a essa postura (SILVA, 2008).

Durante a adolescência, a cognição e a tomada de decisão ainda estão em desenvolvimento, o que deixa os jovens mais vulneráveis para o envolvimento em comportamentos de risco, entre eles, os comportamentos sexuais de risco (TIBA, 2008).

A orientação sexual dos adolescentes também interfere em seu comportamento sexual (RENA, 2009). Quando perguntado aos entrevistados: “qual a sua orientação sexual” a maioria 94,00% dos entrevistados se declarou heterossexual, 5,52% homossexual e 0,48% bissexual. Tabela 5.

O que chama atenção quanto à orientação sexual é o número de adolescentes que se declarou homossexual. Esse tópico merece destaque por que o número de IST entre homossexuais ainda é alto no Brasil (SANTOS, 2009).

Desde o surgimento da AIDS no início da década de 80, os homossexuais foram, em nível mundial, o grupo populacional mais atingido pela epidemia. Associando diferentes fatores que vão desde as características comportamentais até o estilo de vida, o risco e a vulnerabilidade dos/as homossexuais face à infecção pelo HIV/AIDS, foram significativamente acentuados pela falta de informação, pelo estigma e pelo preconceito da sociedade (CASTRO, 2008).

Entretanto, foram os homossexuais os protagonistas das primeiras e urgentes

respostas para o enfrentamento dessa epidemia que ultrapassava as fronteiras da saúde, revertendo e (des) construindo o imaginário social que os vinculou, equivocadamente, à culpa, à proibição, à doença e à discriminação (LIMA, 2008).

As ações do movimento homossexual, voltadas para a assistência e prevenção do HIV/AIDS, se caracterizaram, desde o início da epidemia, pela rápida e ampla mobilização e envolvimento de seus ativistas e simpatizantes, responsáveis pela criação de estratégias inovadoras e eficazes – como as oficinas de sexo seguro – e por abordar, de forma pioneira, questões inerentes à diversidade e à livre orientação sexual, à sexualidade, à solidariedade, ao exercício da cidadania plena e, à defesa dos direitos humanos, incluindo os das pessoas que vivem com HIV/AIDS (RIBEIRO, 2008).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle das IST e AIDS vêm paulatinamente evidenciando junto aos diferentes movimentos sociais organizados estratégias fundamentais para o combate do avanço da epidemia pelo HIV/AIDS. Porém, é necessário mais do que um programa é preciso incluir a família, as escolas, os serviços de saúde e a comunidade nessa batalha (SANTOS, 2009).

Quanto ao 3ª categoria: Fonte de informações utilizadas pelos adolescentes foi formada por 2 aspectos: Com quem o adolescente obtém informações sobre IST, sexo e métodos de prevenção e gravidez e com quem ele gostaria de receber essas informações.

informações sobre IST, sexo e métodos de prevenção e gravidez e com quem ele gostaria de receber essas informações.

Fonte de Informação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Com Quem Obteve Informação sobre IST, Sexo e Gravidez			
Escola	18,23	10,83	29,06
Família	19,85	9,03	28,88
Amigos	10,65	8,30	18,95
Internet	3,79	4,69	8,48
Namorado	3,61	2,35	5,96
Posto de Saúde/Hospitais	2,89	1,99	4,88
Igreja	2,17	1,62	3,79
Com Quem Gostaria de Obter Informação sobre IST, Sexo e Gravidez			
Escola	23,32	14,46	37,78
Família	18,98	9,34	28,32
Hospitais/Posto de Saúde	9,79	6,33	16,12
Internet	4,67	5,27	9,94
Igreja	3,01	1,96	4,97
Não preciso de mais informações	1,51	1,36	2,87

Ao perguntar aos entrevistados: Com quem você obtém informações sobre IST, sexo e métodos de prevenção e gravidez, a maioria respondeu na escola 29,06%, seguido da família 28,88% e dos amigos 18,95%. Tabela 6.

Um ponto que chama a atenção é que a maioria dos entrevistados diz que recebeu informações sobre a temática na escola. Porém quando perguntado: onde você gostaria de obter mais informações sobre sexo e IST, a escola também aparece como a mais votada 37,76%; seguida da família 28,32% e dos serviços de saúde 16,12%. Tabela 6.

Atualmente, observa-se que os adolescentes engajam-se cada vez mais em comportamentos de risco, que podem trazer consequências negativas, a curto e longo prazo. Entre eles, está a prática do sexo sem proteção. Várias são as razões do comportamento sexual desprotegido entre adolescentes e dentre elas, destaca-se a desinformação (SILVA, 2008).

De modo geral, ainda que atualmente a vida sexual inicie-se em idade cada

vez mais precoce, os jovens não têm informações consistentes sobre desenvolvimento e a saúde sexual. Além disso, têm pouco acesso à orientação e aos serviços de planejamento familiar, sendo a fonte de seu saber, muitas vezes, conceitos equivocados, carregados de tabus, oriundos de colegas e amigos que também não tiveram acesso à educação sexual. Portanto, a desinformação nesse setor torna-se um círculo vicioso, difícil de romper (REATO, 2008).

Além disso, é importante ressaltar a situação de pais de adolescentes que não sabem como lidar com a sexualidade emergente de seus filhos. Para exacerbar a gravidade da situação, escolas e serviços de saúde que deveriam ser o apoio da família e complementar a educação sexual e o autocuidado mostram-se limitados na qualificação de seus profissionais no ofício de lidar com as questões de sexualidade na adolescência e ter diálogo com os adolescentes (FREITAS, 2008).

Assim, o uso da comunicação informal por adolescentes leva-os, muitas vezes, a informações incompletas e errôneas. No entanto, esses canais interpessoais de comunicação poderiam ser mais bem utilizados, por meio de adequada orientação e treinamento dos líderes naturais da comunidade e da própria família do adolescente, e não apenas de professores e profissionais de saúde (BUSS, 2000).

A escola é local adequado para o desenvolvimento da educação sexual, de forma a promover no adolescente o senso de autorresponsabilidade e compromisso para sua própria sexualidade. Os professores devem ser qualificados, pois a análise da postura da escola e dos professores quando se trata de educação sexual, tem mostrado que estes reconhecem a importância do tema, porém a maioria não possui conhecimentos suficientes para promover orientação sexual aos adolescentes, prendendo-se mais aos aspectos biológicos da sexualidade que nos sentimentos e valores que a envolvem (OLIVEIRA, 2009).

É interessante que mesmo diante das dificuldades que pais e professores possuem para abordar o assunto IST e sexualidade os alunos ainda acreditam que pais e professores estão preparados para abordar a temática como é possível visualizar na próxima categoria.

A 4ª categoria: visão do aluno quanto a preparação de pais e professores sobre IST/ AIDS e sexualidade, consiste em 2 aspectos: Você acha que seu professor esta preparado para conversar com você sobre IST/ AIDS ou retirar suas dúvidas sobre sexualidade. E você acha que seu pai esta preparado para conversar com você sobre IST/ AIDS ou retirar suas dúvidas sobre sexualidade. A maioria dos alunos respondeu que o professor 67,86% e os pais 58,88% estão preparados para conversar sobre o assunto. Tabela 7.

TABELA 7- Visão dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012 a respeito dos professores e os responsáveis estarem preparados para abordarem os temas IST/ AIDS e sexualidade.

Visão do Adolescente	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Professor Preparado para Conversar sobre IST/AIDS			
Sim.	43,40	24,46	67,86
Não, os professores sentem vergonha.	13,43	10,31	23,74
Não, os professores não tem conhecimento sobre o assunto.	3,84	4,56	8,40
Responsável Preparado para Conversar sobre IST/AIDS			
Sim	35,08	23,80	58,88
Não, os pais sentem vergonha de falar sobre isso	21,88	10,82	32,70
Não, os pais não tem conhecimento sobre esse assunto.	3,85	4,57	8,42

Um dado que chama atenção na Tabela 7 é que 32,14% dos adolescentes acreditam que os professores não estão preparados para abordar a temática e 41,12% dos estudantes afirmam que os pais também não estejam prontos para falar sobre o assunto. A Tabela 7 também traz os motivos alegados por esses estudantes para que professores e pais não abordem o assunto.

Os alunos que afirmaram que os professores e os pais não abordam a temática IST e sexualidade alegam o mesmo motivo: os professores sentem vergonha 23,74% e os pais sentem vergonha 32,70%. Tabela 7.

É necessário que o educador execute um processo de isenção de valores pessoais; que se ponha à parte de suas concepções individuais e comportamentos familiares para que possa adquirir uma nova posição: de facilitador de discussões de

opiniões e condutas que garantam a expressão da diversidade familiar e individual por seus alunos. Esse processo, nem sempre é fácil, ainda mais sem uma preparação que deveria ter sido dada em sua formação acadêmica (CARVALHO, 2010).

É importante que o educador possa transformar a educação escolar num processo de proposição de discussão e de reflexão e fortalecimento de condutas autônomas e individuais de estudantes (MACEDO, 2009).

Diferente de como atuam com parentes ou filhos, acompanhando seus comportamentos na vida privada, o educador não estará “lá” no momento de ocorrência ou vivência das situações íntimas de seus alunos e não poderá acompanhá-los no cotidiano pessoal, não é o seu papel. Por isso, deve instrumentalizá-los para saber pensar e agir por si mesmos nas situações da vida. Desta maneira o professor garante, não só que sua postura seja construtiva, mas que também lhe proporcione respeito por parte de todos, uma vez que essa “neutralidade” profissional não adota condutas invasivas que, invariavelmente, resultam em confrontos com posições culturais ou familiares de estudantes ou parentes (MARCONDES, 1974).

O educador precisa fortalecer a sua posição de educador público, na medida em que atua em benefício e respeito ao seu conjunto de educandos. Porém, tanto a escola como os serviços de saúde e a família precisam ser parceiros nas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (OSELKA, 2009).

É papel dos pais conversar com seus filhos a respeito do mundo do sexo. Detalhar de forma clara e sem rodeios como ocorre a transmissão de doenças e a gravidez, além de ensiná-los como devem se prevenir contra tais. O papel do professor perante o assunto é auxiliar os jovens nos questionamentos que não são passados aos pais e os profissionais de saúde podem auxiliar pais e professores (MANDÚ, 2007).

Os profissionais da saúde, como o enfermeiro, com muita propriedade,

buscam incessantemente encontrar alternativas para a minimização de riscos, entre elas, a identificação de vulnerabilidades principalmente relacionada aos adolescentes, a fim de promover sua autonomia com responsabilidade (BESERA, 2011).

A influência externa que adolescentes são suscetíveis nas relações interpessoais, ressalta-se a importância da inserção da enfermagem no âmbito escolar, com o intuito de conhecer a realidade em que estes estão inseridos, para que por meio da vivência, promova ações que venham repercutir beneficentemente para o bem viver da população escolar (MACIEL, 2010).

A enfermagem inserida no ambiente escolar deve proporcionar aos adolescentes, esclarecimento sobre as mudanças ocorridas nesta fase, podendo reduzir os sentimentos de vergonha e constrangimento em relação ao próprio corpo. Esse fato pode incidir na prevenção as IST/HIV/AIDS na medida em que o adolescente melhora sua auto-estima e se conscientiza do seu contexto de vulnerabilidade (GOMES, 2009).

Assim, a enfermagem tendo a escola como cenário de atuação, deve instigar novas formas educativas, abordando junto a sua clientela as questões sexuais além do aspecto biológico, não esquecendo de reconhecer outros fatores que incidem na antecipação da vida sexual, levando em consideração o contexto socioeconômico e cultural no qual estes adolescentes estão inseridos (PEREIRA, 2009).

A enfermagem inserindo-se no ambiente escolar, pode conhecer a realidade vivida por esta população, e promover ações junto à mesma de acordo com suas reais necessidades, bem como discutir assuntos que muitas vezes são omitidos pelos mesmos, podendo assim criar estratégias de educação em saúde, que propiciem a conscientização destes, promovendo um desenvolvimento saudável e com qualidade. A promoção de saúde nas escolas consiste em despertar nos adolescentes a consciência de que a saúde não depende do acaso, mas sim das decisões que cada um toma (BESERA, 2011).

Quanto à 5ª categoria: Conhecimentos, atitudes e práticas, foi abordado através de 3 grupos.

O 1º grupo: Conhecimento, contém 3 aspectos: Conhecimento sobre formas de contágio das IST; Conhecimento sobre formas de prevenção das IST/AIDS; Conhecimento sobre formas de contracepção.

No 1º aspecto da categoria conhecimento: como se pega IST/AIDS, foi apresentado ao adolescente 5 alternativas, sendo que o entrevistado poderia escolher 1 ou as 5 alternativas. Das 5 opções apresentadas, 3 estavam corretas. 37,84% escolheram a primeira alternativa: pelo esperma e/ou secreção vaginal, 36,68% escolheu a segunda alternativa: contato com sangue contaminado e 14,86% escolheu a terceira afirmativa: Leite materno da pessoa contaminada. Tabela 8.

TABELA 8- Conhecimento das formas de contágio das IST, formas de prevenção das IST/AIDS e formas de contracepção pelos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.

Conhecimento	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Como se Pega IST/AIDS			
Pelo esperma e/ou secreção vaginal	23,69	14,15	37,84
Contato com sangue contaminado	23,35	13,33	36,68
Leite materno de pessoa contaminada	10,26	4,60	14,86
Pelo beijo(saliva)	5,31	3,07	8,38
Pelo suor	1,18	1,06	2,24
Como se Prevenir Contra IST/AIDS			
Usando camisinha nas relações sexuais	32,84	20,88	53,72
Não compartilhando seringas e agulhas	20,61	10,11	30,72
Selecionando os parceiros sexuais	7,18	3,86	11,04
Não doando sangue	2,39	2,13	4,52
Como Evitar Gravidez			
Camisinha	30,21	25,81	56,02
Anticoncepcional oral (pílula)	13,00	6,50	19,50
Anticoncepcional (injetável)	15,11	3,82	18,93
Não sei	1,91	1,15	3,06
Não uso nenhum método anticoncepcional	1,53	0,96	2,49

TABELA 9- Conhecimento das formas de contágio das IST, formas de prevenção das IST/AIDS e formas de contracepção dos adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de

Belém-PA, no ano de 2012 por distrito.

Variável	Distrito								Total
	DABEL	DABEM	DAENT	DAGUA	DAICO	DAMOS	DAOUT	DASAC	
Como se pega IST/AIDS									
Pelo suor	0,24	0,35	0,47	0,47	0,24	0,00	0,00	0,47	2,24
Pelo beijo (saliva)	1,06	1,54	1,30	1,06	1,77	0,12	1,06	0,47	8,38
Contato com sangue contaminado	7,21	6,15	5,08	5,56	5,67	0,95	2,13	3,90	36,65
Leite materno de pessoa contaminada	2,72	2,72	2,60	2,25	2,60	0,24	0,71	1,06	14,90
Pelo esperma e/ou secreção vaginal	6,50	6,86	4,85	6,62	6,15	0,59	2,36	3,90	37,83
Total	17,73	17,62	14,30	15,96	16,43	1,90	6,26	9,80	100,00
Como prevenir contra IST/AIDS									
Não doando sangue	0,67	0,67	0,53	0,53	1,07	0,13	0,53	0,40	4,53
Selecionando os parceiros sexuais	1,33	2,27	0,67	2,13	2,13	0,40	0,67	1,47	11,07
Não compartilhando seringas e agulhas	6,25	4,80	4,80	4,27	5,33	0,27	1,87	3,07	30,66
Usando camisinha nas relações sexuais	9,47	8,93	6,67	9,20	8,27	1,20	3,47	6,53	53,74
Total	17,72	16,67	12,67	16,13	16,80	2,00	6,54	11,47	100,00
Como evitar a gravidez									
Não sei	0,96	0,38	0,38	0,38	0,38	0,19	0,19	0,19	3,05
Não uso nenhum método anticoncepcional	0,57	0,19	0,38	0,96	0,00	0,00	0,00	0,38	2,48
Anticoncepcional (injetável)	3,26	2,87	2,49	3,64	2,68	0,38	1,34	2,30	18,96
Anticoncepcional oral (pílula)	3,83	3,07	2,68	3,07	2,87	0,38	0,57	3,07	19,54
Camisinha	8,24	10,76	7,28	9,77	8,62	1,15	3,45	6,70	55,97
Total	16,86	17,27	13,21	17,82	14,55	2,10	5,55	12,64	100,00

A Tabela 9 demonstra a diferença do conhecimento dos adolescentes por distrito. E apesar dos adolescentes do distrito DABEL apresentar um melhor conhecimento quanto a como se pega e se previne de uma IST/AIDS a Tabela 9 reforça que em todos os distritos os adolescentes enumeraram formas incorretas quanto: como se pega, se previne contra uma IST/AIDS.

É interessante desatacar que apenas 17,99% dos adolescentes reconhecem 3 formas de contágio das IST/AIDS e 82,01% dos adolescentes estão vulneráveis as formas de contaminação dessas infecções. Seria considerado conhecimento adequado quanto ao contágio das IST quando as 3 opções corretas fossem escolhidas pelos entrevistados. Tabela 10.

TABELA 10 – Reconhecimento de 3 formas de contágio de IST/AIDS pelos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.

Escolheram 3 alternativas corretas	Quantidade	Percentual
Alternativas Erradas	342	82,01
Alternativas Corretas	75	17,99
Total	417	100,00

O desconhecimento das formas de contaminação das IST/AIDS aproxima os indivíduos desses agravos. É importante que seja esclarecido não somente a forma usual de contaminação por essas infecções. Mas, que sejam exaustivamente abordadas outras formas de contágio, como: através de objetos perfuro cortante, leite materno e outras (QUEIROZ, 2008).

As doenças sexualmente transmissíveis são prevalentes na adolescência e facilitadoras da contaminação pelo vírus HIV. Os adolescentes algumas vezes associam estas doenças somente ao ato sexual e desconsideram outros meios de contaminação. Pois, não possuem informações suficientes para assegurar comportamentos sexuais livres de riscos (RIBEIRO, 2008).

É necessário que os adolescentes compreendam não apenas as formas de transmissão das IST/AIDS, mas, que eles possam entender as complicações e os danos que essas infecções podem causar na sua vida (SANTOS, 2009).

Adolescentes que detém informações de qualidade podem ser instrumentos multiplicadores de conhecimento. E os que convivem cercado de mitos e inverdades ajudam a aumentar o número de infectados com IST/AIDS (SCHECHTER, 2008).

As doenças sexualmente transmissíveis são responsáveis por uma epidemia de grande magnitude e também são uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, levando a implicações fisiológicas e psicológicas severas para milhões de homens e mulheres (NUNES, 2008).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2009), o segmento dos mais jovens compreende um dos grupos mais expostos ao vírus HIV: esta é a faixa etária na qual encontramos também a maior proporção dos que mantêm maior número de parceiros eventuais, sem usar camisinha consistentemente. Isso se deve ao

fato dos adolescentes desconhecerem ou colocarem em prática os métodos de prevenção (FERREIRA, 2010).

Quanto ao 2º aspecto do grupo de conhecimento foi indagado aos entrevistados formas de prevenção das IST/AIDS. A maioria dos adolescentes 53,72% reconhecem o método de barreira a camisinha como uma forma de prevenção das IST/AIDS (Tabela 8). Porém, ao verificar quantos adolescentes conhecem as 2 formas de prevenção as IST/AIDS, apresentado na pesquisa, um número bem menor conhece 40,05%. Tabela 11. Assim, é possível inferir que 40,05% possuem conhecimento adequado quanto às formas de prevenção as IST/AIDS.

TABELA 11 – Reconhecimento de 2 formas de prevenção contra uma IST/AIDS pelos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012.

Escolheram 2 alternativas corretas	Quantidade	Percentual
Alternativas Erradas	250	59,95
Alternativas Corretas	162	40,05
Total	417	100,00

Outra informação que chama a atenção na tabela 8 é que 11,04% acreditam que selecionar os parceiros sexuais é uma forma de se prevenir contra as IST/AIDS.

As IST/AIDS acometem qualquer grupo populacional independente de condições sociais ou econômicas. Não é possível identificar um portador de uma infecção somente pela aparência. Mas, ainda hoje adultos, jovens e adolescentes acreditam erroneamente que selecionar o parceiro sexual é uma maneira de se prevenir contra uma IST (AZEVEDO, 2008).

As relações sexuais são permeadas por conflitos de demonstração de confiança e ciúmes. E algumas vezes para demonstrar essa confiança o adolescente acaba cedendo em manter essa relação sexual sem proteção, principalmente por acreditar que manter relação com um único parceiro o isenta de contaminação. O que é esquecido é que um dos membros já pode ter mantido

relação desprotegida anteriormente. Dessa maneira, temos um ciclo de contaminação (CASTRO, 2008).

Quanto mais precocemente o adolescente reconhecerem as formas de prevenção das IST/AIDS, maiores são as chances de ele utilizar preservativo na primeira relação sexual, uma vez que ele tem mais tempo para associar a informação e ganhar maturidade para utilizá-la (ARILHA, 2008).

Algumas vezes, pais e responsáveis acreditam que informar o adolescente sobre sexualidade possa induzi-lo a iniciar sua vida sexual mais cedo. Entretanto, podemos afirmar categoricamente que essa posição não está baseada em nenhum tipo de pesquisa. Se tivermos em mente que o profissional de saúde deve zelar, acima de tudo, pela saúde do adolescente, percebemos que ele tem o dever de fornecer de maneira clara informações de qualidade (JESUS, 2007).

Oferecer ao adolescente a oportunidade de participar de oficinas de sexo mais seguro, de reuniões em grupo que tratem de temas mais amplos e de atividades lúdicas relacionadas às IST/AIDS (teatros, mímicas, jogos etc.) é um caminho para mostrar as formas de prevenção e transmissão das IST/AIDS (GALLAND, 2008).

A mera participação do adolescente já é indício de maturidade e capacidade de discernimento. É importante zelar para que a decisão de participar desse tipo de atividade seja do próprio adolescente, para evitar que ele seja colocado em situações constrangedoras. É possível afirmar que o consentimento dos pais ou responsáveis legais para que o adolescente participe dessas atividades não é necessário (NUNES, 2008).

Quanto ao 3º aspecto conhecimento dos adolescente quanto contracepção, 56,02% reconhece a camisinha como um método para evitar a gravidez, (tabela 8). Porém, apenas 21 reconhece 3 formas de contracepção (tabela 12).

Escolheram 3 alternativas corretas	Quantidade	Percentual
Alternativas Erradas	369	94,62
Alternativas Corretas	21	5,38
Subtotal	390	100,00
NSA	27	-
Total	417	-

É comum que os adolescentes reconheçam a camisinha como um método para evitar uma IST/AIDS e/ou um método de contracepção. Em decorrência da grande divulgação nos canais de televisão, na internet, filmes ou até mesmo em músicas (MACEDO, 2009).

Entretanto, é preocupante o não conhecimento de outros métodos. Ou o reconhecimento de forma inequívoca. A pesquisa de Azevedo (2008) realizada com 525 adolescentes revela que 72% acreditam que o anticoncepcional oral ou injetável também previne contra IST/AIDS.

A anticoncepção não é uma tarefa fácil para o adulto, sendo ainda mais complexa para o adolescente, e a utilização de qualquer método contraceptivo constitui produto de decisão consciente das relações existentes entre os vários subprocessos experimentados pelos indivíduos em sua vida e, mais especificamente, num relacionamento sexual. A forma como o indivíduo vivencia esse processo é fortemente influenciada por seu conhecimento sobre prática sexual, métodos anticoncepcionais, risco de engravidar e gravidez (MARTINS, 2008).

Os adolescentes ainda convivem com as raízes históricas de opressão no que diz respeito ao exercício da sexualidade. Não é de se estranhar, assim, que o uso de métodos contraceptivos possa estar relegado, consciente ou não de culpa. Tais repressões impossibilitam uma discussão aberta acerca da sexualidade entre os indivíduos (MACEDO, 2009).

Quanto ao 2º grupo atitudes, foi abordado através de 2 aspectos: se o adolescente sabe usar preservativo e se sabe se prevenir contra uma gravidez

indesejada.

TABELA 13 – Atitude dos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto ao uso do preservativo e prevenção de uma gravidez indesejada.

Atitude	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Sabe Utilizar Camisinha			
Não	23,98	7,43	31,41
Sim	36,70	31,89	68,59
Conhecimento sobre Prevenção de Gravidez			
Sim	47,72	27,34	75,06
Não	12,95	11,99	24,94

Quando perguntado aos adolescentes você sabe utilizar preservativo, 68,59% afirmaram que sim. Tabela 13.

Os estudos conduzidos por Oliveira (2009) e Galland (2008) retratam que os adolescentes quando questionados se sabem usar preservativo a maioria afirma que sim. Porém, quando indagado como utiliza e se utilizou em suas relações sexuais a resposta é diferente.

De uma maneira geral os adolescentes acreditam que sabem usar o preservativo, em função de já terem tido algum contato com o assunto, seja através de leitura, ou na escola ou com os pais e responsáveis. Porém, às vezes o que esse adolescente não teve foi o ensinamento prático, como a colocação do preservativo em uma prótese (BARROSO, 2008).

Acreditar saber utilizar prevenção nas relações sexuais e efetivamente usar é um caminho longo, que se não for conduzido através de orientação, apoio da família e participação da escola pode ser conduzido para inúmeras vulnerabilidades como as IST/AIDS e a gravidez indesejada (CASTRO, 2008).

Quanto ao 2º aspecto do 2º grupo foi perguntado aos adolescentes: Você sabe se prevenir contra uma gravidez indesejada. 75,06% dos adolescentes afirmaram que “sim” que sabem se prevenir contra uma gravidez indesejada e destes 47,72% são do gênero feminino. Tabela 13.

Os estudos de Martins (2010) e Oliveira (2009) condizem com os resultados encontrados na pesquisa. Que os adolescentes quando questionados se sabem se prevenir contra uma gravidez indesejada em sua maioria afirma que sim.

A anticoncepção faz parte da história do homem e refere-se, mais especificamente, à prevenção temporária da gravidez, o que dá origem à terminologia utilizada em relação aos métodos anticoncepcionais e seu uso (LIMA, 2008).

A utilização de qualquer método anticonceptivo constitui produto de decisão consciente das relações existentes entre os vários subprocessos experimentados pelos indivíduos em sua vida e, mais especificamente, num relacionamento sexual (FERREIRA, 2010).

A forma que o indivíduo vivencia esse processo é fortemente influenciada por seu conhecimento sobre prática sexual, gravidez e risco de engravidar, que também é influenciada pelo conhecimento sobre métodos anticoncepcionais (BARROSO, 2008).

Se a anticoncepção não é uma tarefa fácil para o adulto, torna-se ainda mais complexa para o adolescente. Em relação à anticoncepção, dados do Ministério da Saúde (2009) apontam que 55% das adolescentes solteiras e sexualmente ativas, no Brasil, nunca haviam usado nenhum método anticoncepcional, número que se eleva para 79% nas áreas rurais.

As adolescentes engravidam na sua grande maioria sem planejamento, por falta de informação, difícil acesso aos serviços de saúde e desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, além da busca afetiva, de um objeto de amor ou somente experimentação sexual (AZEVEDO, 2008).

Quanto à 3ª e última categoria do 5º grupo foi abordada através de 2 aspectos: 1º se o adolescente usou preservativo na sua primeira relação sexual e 2º se utiliza

preservativo em suas relações sexuais.

TABELA 14 – Prática dos estudantes adolescentes de escolas estaduais do ensino Fundamental e Médio de Belém-PA, no ano de 2012, quanto uso do preservativo na primeira relação sexual e o uso do preservativo em relações sexuais.

Prática	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Utilização de Preservativo na Primeira Relação Sexual			
Sim, usei.	26,79	11,96	38,75
Não usei porque eu esqueci	6,22	16,27	22,49
Não usei porque na primeira relação sexual não precisa. Não engravida.	9,09	7,18	16,27
Não usei porque meu namorado não quis usar.	9,57	2,87	12,44
Não usei porque não sabia como usar.	4,31	5,74	10,05
Utilização de Preservativo na Relação Sexual			
Nunca tive relação sexual, mas pretendo usar preservativo.	30,45	16,79	47,24
Sim, as vezes uso.	12,71	10,31	23,02
Sim, sempre uso.	12,47	8,87	21,34
Não uso.	2,88	2,88	5,76
Nunca tive relação sexual e não pretendo usar preservativo.	2,16	0,24	2,40
Nunca tive relação sexual. Mas, pretendo usar preservativo.	0,00	0,24	0,24

Quando indagado aos adolescentes que afirmaram já ter tido relação sexual se utilizaram preservativo na primeira relação apenas 38,75% afirmaram que “sim”, desses 26,79% são do gênero feminino como demonstra a tabela 14. E quando perguntado o motivo do não uso do preservativo a maioria 22,49% alegou que “esqueceu”. Tabela 14.

O estudo de Azevedo (2008) demonstrou que os adolescentes possuem conhecimento sobre o uso do preservativo como meio de prevenção de IST. Contudo é importante considerar que nem sempre esta é uma prática realizada por eles, considerando que a adoção da camisinha – preservativo masculino – depende de fatores como envolvimento afetivo, acesso aos métodos e grau de autonomia alcançada pelo adolescente, conforme salientam Martins (2010) e Oliveira (2009). Outro fator a ser considerado é a conotação dada ao preservativo de que “a camisinha tira o prazer” que faz parte da cultura dos adolescentes brasileiros (AZEVEDO, 2008).

A prevalência elevada do uso irregular de preservativos entre adolescentes

expõe esses jovens a IST e à gravidez cada vez mais precoce. O estudo de Oliveira (2009) demonstrou que mais de 50% de adolescentes, mesmo tendo participado de práticas educativas, não conheciam os métodos anticoncepcionais existentes. Tal fato revela a vulnerabilidade desses jovens devido à falta de opção para evitar uma gravidez não planejada e IST, segundo Lima (2008).

Como discutido ao longo do estudo vários são os motivos que podem levar os adolescentes a não usar preservativo. Porém, o que leva o adolescente a não utilizar preservativo na primeira relação sexual na maioria das vezes é o desconhecimento e a insegurança (NUNES, 2008).

Os adolescentes ao ganhar maturidade tendem a compreender melhor os riscos e vulnerabilidades que relações sexuais desprotegidas lhe oferecem e assim acabam usando com maior frequência o preservativo em outras relações sexuais (NUNES, 2008).

Quando perguntado aos adolescentes que já tiveram relação sexual se usam preservativo em outras relações sexuais, 44,36% afirmaram que sim, como demonstra a tabela 14. Porém, quando o indagado a frequência do uso do preservativo a maioria afirmou 23,02% que apenas utiliza “Às vezes”. Tabela 14.

Apesar de os adolescentes terem um conhecimento internalizado em relação às atividades sexuais e aos riscos de contrair IST, a adoção de medidas contraceptivas e de proteção, muitas vezes, não acontece, apontando um desajuste entre informação e prática sexual. Além disso, a não utilização do método contraceptivo na primeira relação sexual e a esporadicidade das relações subsequentes pressupõem um uso descontinuado do método, aumentando a vulnerabilidade destes jovens para a gravidez e IST (RENA, 2009).

A ocorrência de gravidez e de IST na adolescência demonstra a fragilidade da informação sobre saúde reprodutiva e métodos contraceptivos. A timidez do adolescente e a falta de intimidade com o parceiro para negociar o uso de preservativo também são fatores que podem interferir na tomada de decisão pelo jovem (SILVA, 2008).

O estudo de Ferreira (2010) demonstrou que, em debate grupal, adolescentes manifestaram dúvidas sobre como agir nos relacionamentos e sobre a hora certa da primeira relação sexual, pois se sentem tímidos. Salientam que a falta de intimidade com o parceiro pode interferir na tomada de decisão pelo uso da camisinha.

Martins (2010) e Oliveira (2009) discutiram o descompasso entre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos, nas experiências sexuais. Mesmo estando cientes de que poderiam engravidar, as adolescentes do estudo não se protegeram na primeira relação sexual e, nas relações subsequentes, preocupavam-se com a contracepção, esquecendo-se dos riscos para IST/AIDS.

Embora os adolescentes não apontem dificuldades quanto o uso da camisinha, a maior parte deles, mesmo com vida sexual ativa, não recorrem ao serviço de saúde para buscar informações preventivas. Isso reforça a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos voltados a esta parcela da população (GHERPELLI, 2009).

O estudo de Ferreira (2010) demonstrou que a presença dos jovens nas Unidades de Saúde ainda é tímida, quase inexistente. O constrangimento destes em expor sua intimidade foi apontado como uma das principais razões para o distanciamento destes em relação aos serviços de saúde.

Também no estudo de Nunes (2008) nenhum dos adolescentes que já havia iniciado a vida sexual tinha ido a uma consulta, visando ao planejamento familiar. Logo, a busca por aconselhamento sobre a atividade sexual não é uma prática comum entre os adolescentes.

A carência de continuidade no uso dos métodos contraceptivos por jovens pode estar ligada aos tipos de relacionamentos entre adolescentes, que são marcados por forte hierarquia de gênero e pela ausência de uma formação adequada sobre sexualidade no contexto familiar e escolar. Além disso, há pouco espaço para o acolhimento dos jovens nos serviços de saúde e escolas, impedindo que as questões sobre sexualidade sejam tratadas de maneira a sensibilizá-los

(NUNES, 2008).

No entendimento de Reato (2008), há também barreiras culturais que dificultam uma abertura maior da sociedade para que o tema seja abordado de maneira menos preconceituosa.

Ainda que os resultados desta pesquisa estejam limitados a um município de Belém, estes podem ser subsídios para o fortalecimento de políticas públicas destinadas aos adolescentes, à medida que contribuem para reflexões acerca da importância da motivação desta parcela da população para adotar atitudes preventivas e buscar a promoção da saúde no que diz respeito às atividades sexuais.

Através do estudo foi possível obter algumas probabilidades relacionadas à idade: Em que é mais provável a repetência de série, a primeira relação sexual, saber usar camisinha, uso do preservativo, acreditar que o professor está preparado para conversar sobre IST/AIDS ou sexualidade, saber se prevenir contra a gravidez indesejada e os método(s) utilizados para evitar uma gravidez (Tabela 15). Essas probabilidades possibilitam evidenciar em que aspectos os adolescentes de Belém das escolas estaduais do ensino fundamental e médio estão mais vulneráveis.

TABELA 15 - Resíduo e probabilidade de associação resultante da aplicação da análise de correspondência as variáveis em estudo.

Variável	Idade (em anos)						
	12	13	14	15	16	17	18
Repetência de série							
Sim	-2,63 (0,00)	-0,75 (0,00)	-0,76 (0,00)	0,54 (40,90)	0,45 (34,76)	-0,04 (0,00)	2,02 (95,69)
Não	2,51 (98,80)	0,72 (52,63)	0,73 (53,35)	-0,51 (0,00)	-0,43 (0,00)	0,04 (2,94)	-1,93 (0,00)
Teve relação sexual							
Sim	-3,52 (0,00)	-2,87 (0,00)	-1,22 (0,00)	0,44 (33,82)	1,29 (80,14)	2,29 (97,83)	1,93 (94,62)
Não	3,54 (99,96)	2,89 (99,62)	1,23 (78,14)	-0,44 (0,00)	-1,29 (0,00)	-2,31 (0,00)	-1,94 (0,00)
Sabe usar camisinha							
Sim	-2,12 (0,00)	-2,14 (0,00)	-0,87 (0,00)	-0,44 (0,00)	0,66 (48,90)	1,42 (84,57)	2,22 (97,33)
Não	3,14 (99,83)	3,16 (99,84)	1,28 (80,00)	0,65 (48,74)	-0,97 (0,00)	-2,10 (0,00)	-3,27 (0,00)
Usa preservativo							
Sim, sempre uso.	-2,61 (0,00)	-2,45 (0,00)	-0,50 (0,00)	2,12 (96,59)	0,16 (12,83)	1,10 (72,84)	1,08 (72,17)
Sim, as vezes uso.	-2,71 (0,00)	-1,98 (0,00)	-1,52 (0,00)	-1,03 (0,00)	1,09 (72,28)	2,45 (98,57)	2,29 (97,81)
Não uso.	0,12 (9,28)	0,25 (20,11)	0,48 (37,15)	-0,09 (0,00)	0,42 (32,59)	-0,15 (0,00)	-0,88 (0,00)
Nunca tive relação sexual, mas pretendo usar preservativo.	3,80 (99,99)	2,95 (99,68)	1,35 (82,18)	-0,81 (0,00)	-0,89 (0,00)	-2,51 (0,00)	-2,16 (0,00)
Nunca tive relação sexual e não pretendo usar preservativo.	-0,88 (0,00)	-0,08 (0,00)	-0,52 (0,00)	0,59 (44,68)	-0,55 (0,00)	0,54 (41,18)	0,65 (48,62)
Professor preparado para conversar sobre IST/AIDS ou sexualidade							
Não, os professores sentem vergonha.	0,87 (61,67)	-1,43 (0,00)	1,07 (71,75)	2,47 (98,67)	-0,51 (0,00)	-1,50 (0,00)	-0,76 (0,00)
Sim.	-1,01 (0,00)	0,45 (34,38)	-0,80 (0,00)	-1,69 (0,00)	0,31 (24,01)	1,50 (86,58)	0,87 (61,49)
Não, os professores não tem conhecimento sobre esse assunto.	1,41 (84,21)	1,14 (74,73)	0,46 (35,74)	0,64 (48,04)	-0,02 (0,00)	-1,73 (0,00)	-1,20 (0,00)
Sabe prevenir contra a gravidez indesejada							
Não	3,19 (99,86)	0,83 (59,29)	2,04 (95,91)	-0,73 (0,00)	-0,70 (0,00)	-1,12 (0,00)	-2,26 (0,00)
Sim	-1,84 (0,00)	-0,48 (0,00)	-1,18 (0,00)	0,42 (32,76)	0,40 (31,25)	0,64 (48,08)	1,30 (80,66)
Método(s) evitar uma gravidez							
Anticoncepcional (injetável)	-0,76 (0,00)	-0,49 (0,00)	-1,16 (0,00)	-1,63 (0,00)	1,08 (72,10)	0,74 (54,31)	1,27 (79,72)
Anticoncepcional oral (pílula)	-0,82	-0,28	-0,73	0,32	-1,13	1,67	0,70

TABELA 15 - Resíduo e probabilidade de associação resultante da aplicação da análise de correspondência as variáveis em estudo. CONTINUAÇÃO

Variável	Idade (em anos)						
	12	13	14	15	16	17	18
	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(25,09)	(0,00)	(90,43)	(51,62)
Camisinha	0,28	0,11	0,98	1,17	-0,32	-1,24	-0,58
	(22,00)	(8,92)	(67,50)	(75,71)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Não sei	2,70	-0,54	1,10	-0,63	1,18	-1,51	-1,40
	(99,30)	(0,00)	(72,80)	(0,00)	(76,20)	(0,00)	(0,00)
Não uso nenhum método anticoncepcional	0,08	2,21	-0,65	-1,23	0,38	0,83	-1,16
	(6,67)	(97,29)	(0,00)	(0,00)	(29,55)	(59,45)	(0,00)

A Tabela 15 apresenta os resíduos e as probabilidades de associação resultante da aplicação da análise de correspondência, os valores destacados em negrito na tabela apresentam probabilidade de associação maior que 70% para efeito relação estatística, nela se observa que os alunos com 18 anos de idade geralmente já repetiram alguma série, com probabilidade de repetência 95,69%, resultado diferente é encontrado para os alunos com 12 anos (98,80%) de possibilidade de não repetirem nenhuma série

Ao ser questionado sobre a iniciação da vida sexual, os alunos de 16, 17 e 18 anos geralmente já tiveram relação sexual, enquanto que os alunos de 12, 13 e 14 anos estão associados a não iniciação da relação sexual (Tabela 15).

Os alunos de 17 e 18 anos geralmente sabem usar camisinha, com probabilidade de associação de uso de 84,57% e 97,33%, respectivamente. Já os alunos de 12, 13 e 14 anos estão associados à falta de conhecimento de como se utilizar a camisinha, com probabilidade de manterem relação sexual desprotegida de 99,83%, 99,84% e 80,00%, respectivamente (Tabela 15).

Quanto à utilização de preservativo, os alunos de 12, 13 e 14 anos afirmaram que nunca tiveram relação sexual, mas pretendem usar preservativo, com probabilidade de uso de 99,99%, 99,68% e 82,18%, respectivamente. Enquanto que os alunos de 17 e 18 anos estão associados ao uso contínuo ou esporádico do preservativo. Vale ressaltar que os alunos de 15 anos sempre usam preservativo, com probabilidade de uso de 96,59% (Tabela 15).

Sobre a gravidez, os alunos de 12 e 14 anos não sabem se prevenir contra uma gravidez indesejada, com probabilidade de uma gravidez indesejada de 99,86% para os de 12 anos e 95,91% para os de 14 anos. Porém, os alunos de 18 anos sabem como se prevenir, com probabilidade de 80,66%. Além disso, também se observa que os alunos os alunos de 12 a 14 anos geralmente não sabem ou não utilizam nenhum método anticoncepcional, já os alunos de 15 anos geralmente usam a camisinha (75,71%), os alunos de 16 anos utilizam anticoncepcional injetável (72,10%) ou não sabem (76,20%), enquanto que os alunos de 17 e 18 anos usam anticoncepcional injetável (79,72%) e pílula (90,43%), respectivamente (Tabela 15).

Assim, é possível inferir que os adolescentes de Belém de escolas estaduais do ensino fundamental e médio no ano de 2012, de 12, 13 e 14 anos estão vulneráveis a uma relação desprotegida, uma gravidez indesejada e a contaminação a IST/AIDS em função da falta de conhecimento de como se utilizar a camisinha, de geralmente não saberem ou não utilizarem nenhum método anticoncepcional e os de 12 e 14 anos não saberem se prevenir contra uma gravidez indesejada (Tabela 15).

Essas probabilidades só foram possíveis de serem realizadas em função da associação significativa ($p < 0,05$) entre a variável idade e as variáveis: repetência de série teve relação sexual, sabe usar camisinha, usa preservativo, professor preparado para conversar sobre IST/AIDS ou sexualidade, sabe prevenir contra a gravidez indesejada e que método(s) você utiliza ou utilizaria para evitar uma gravidez. Além disso, verifica-se também que essas variáveis e a variável idade apresentam associação significativa entre as suas categorias ($\beta > 3$). (Tabela 16).

TABELA 16 - Resultados do teste Qui-quadrado e do critério β para verificar a associação entre as variáveis em estudos.

Grupo/Variável	χ^2	p	l	c	β
Perfil					
Repetência de série <i>versus</i> Idade	24,17	0,001*	2	7	7,42
Comportamento					
Teve relação sexual <i>versus</i> Idade	66,32	< 0,001*	2	7	24,62
Atitude					
Sabe usar camisinha <i>versus</i> Idade	55,35	< 0,001*	2	7	20,15
Prática					
Usa preservativo <i>versus</i> Idade	88,18	< 0,001*	5	7	13,10
Visão do Aluno					
Professor preparado para conversar sobre IST/AIDS ou sexualidade <i>versus</i> Idade	29,35	0,004*	3	7	5,01
Fonte de Informação					
Com quem obteve Inf. ISTs, sexo e métodos de prevenção de gravidez <i>versus</i> Idade	47,73	0,092	7	7	1,96
Com quem obteve Inf. ISTs, sexo e métodos de prevenção de gravidez <i>versus</i> Sexo	10,70	0,098	7	2	1,92
Onde você gostaria de obter mais informações sobre sexo e IST <i>versus</i> Idade	41,92	0,073	6	7	2,18
Onde você gostaria de obter mais informações sobre sexo e IST <i>versus</i> Sexo	8,95	0,111	6	2	1,77
Conhecimento					
Sabe prevenir contra a gravidez indesejada <i>versus</i> Idade	29,88	< 0,001*	2	7	9,75
Que método(s) você utiliza ou utilizaria para evitar uma gravidez <i>versus</i> Idade	43,33	0,012*	5	7	3,95
Que método(s) você utiliza ou utilizaria para evitar uma gravidez <i>versus</i> Sexo	4,85	0,303	5	2	0,42
Como se pega IST/AIDS <i>versus</i> Idade	25,93	0,357	5	7	0,39
Como se pega IST/AIDS <i>versus</i> Sexo	2,37	0,608	5	2	-0,81
Como você pode se prevenir contra IST/AIDS <i>versus</i> Idade	23,69	0,166	4	7	1,34
Como você pode se prevenir contra IST/AIDS <i>versus</i> Sexo	3,89	0,273	4	2	0,52

10 CONCLUSÃO

Baseado na pesquisa foi possível inferir que quanto ao perfil sócio-demográfico: O que merece destaque é o percentual de repetência escolar que aproximadamente 60% entre os entrevistados. O que nos faz refletir sobre o modelo de educação em que esse adolescente vem sendo submetido.

Através do estudo foi possível perceber que é fundamental a compreensão do contexto em que o adolescente está inserido, para o planejamento de intervenções educacionais, pois, à questão da vulnerabilidade as IST não se restringem a comportamentos de riscos individuais, mas também aos fatores sociais e econômicos.

Quanto ao comportamento sexual: Uma informação que confirma a realidade foi à idade da primeira relação sexual, a maioria 26% tinha 15 anos e 61,91% dos adolescentes tem vida sexual ativa.

A partir da pesquisa ficou evidente que é preciso fomentar a elaboração de estratégias educacionais que visem à minimização de desfechos negativos em saúde relacionados à iniciação sexual precoce. Para isso é essencial incorporar a participação de profissionais capacitados pra trabalhar o assunto como o enfermeiro.

O estudo confirma o início da vida sexual dos adolescentes de maneira precoce. Dessa maneira, acreditamos que a participações da família, da escola, de profissionais de saúde fazem-se necessárias e devem dirigir esforços para orientar os jovens com relação às IST e gestações indesejadas. Pois, essas iniciativas ajudarão na promoção da saúde e bem-estar dos jovens.

Quanto às fontes de informações: O maior destaque vai para dualidade em que a maioria dos entrevistados 29,06% alegam que obteve informação sobre IST e métodos de prevenção na escola e também da maioria 37,78% alegar que gostaria de obter mais informações sobre sexualidade na escola.

Mesmo com o Programa Saúde na Escola – PSE, ainda existe um distanciamento entre escolas e serviços de saúde. Uma vez que o programa não

consegue ter acesso a todas as escolas. Dessa maneira, acreditamos que é extremamente importante que profissionais de saúde, como o enfermeiro, se faça presente na vida dos adolescentes e possam ser o elo entre pais, escolas e adolescentes.

No que diz respeito à preparação de pais e professores para abordar a temática: 32% acreditam que os professores não estão preparados para conversar sobre sexualidade e 41% acreditam que os pais também não estão preparados para conversar sobre o tema.

Através do estudo foi possível observar que como mais de 30% dos adolescentes não acreditam que pais e professores estejam preparados para lidar com a temática: sexualidade e prevenção das IST, o aluno deve ser cuidado e acompanhado por profissionais preparados, como o Enfermeiro. Motivando-o, assistindo-o e dando-lhe as condições básicas para que seja despertado o interesse e a conscientização sobre o tema.

Através da fala dos entrevistados ficou evidente que, atualmente nas escolas os adolescentes têm mais acesso a assuntos relacionados à sexualidade. Contudo, as conversas ainda transitam no aspecto fisiológico, havendo pouco esclarecimento sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos. Por isso, os adolescentes ainda esperam bem mais das escolas.

Quanto ao conhecimento: 81% desconhecem 3 formas de contágio as IST/AIDS, 59% desconhecem as 2 formas citadas no estudo quanto a prevenção as IST/AIDS e 94% desconhecem 3 formas de anticoncepção.

Com base no estudo ficou claro que os adolescentes possuem um conhecimento superficial e incompleto quanto às formas de contágio e prevenção as IST/AIDS e contracepção. Dessa forma, é importante que os programas de educação sexual estejam disponíveis desde o início da puberdade, uma vez que a pesquisa evidencia a primeira experiência sexual por volta dos 15 anos de idade.

Quanto à atitude e prática: 68% afirmam saber usar o preservativo e 61% afirma que não usou preservativo na primeira relação sexual.

A pesquisa revela que posição do adolescente sobre um determinado assunto não determina a prática desse adolescente. Uma vez que ele algumas vezes afirmou saber usar o preservativo. Porém, não utilizou o preservativo na primeira relação sexual. Acreditamos que para modificar a prática desses adolescentes é importante que seja facilitado o acesso e distribuição de métodos de prevenção como a camisinha e a inserção desse jovem no planejamento familiar.

Através do estudo foi possível perceber a necessidade de que sejam inseridos no currículo pedagógico da escola momentos de discussões relacionados a promoção da saúde (como um horário programado para rodas de conversas, com assuntos escolhidos através da parceria com a família) e assim, trazer os adolescentes para esta conversa.

Espera-se que através desse estudo que retrata a realidade de Belém, possam surgir ferramentas que aproximem escolas, pais e profissionais de saúde. Que novas estratégias se façam presente ao abordar a temática. Que a Enfermagem assuma o papel de parceira nas escolas ajudando a treinar professores e caminhando lado a lado com esses adolescentes.

O estudo possibilitou dados atuais sobre a região Norte, especificamente sobre Belém. Além, da oportunidade de proporcionar subsídios para outras pesquisas e chamar a atenção para o perfil sócio-demográfico, comportamento sexual, fontes de informação, conhecimento, atitudes e práticas dos estudantes adolescentes da rede estadual de Belém.

11 REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal – Um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

ARAÚJO, T.M.E. **Vacinação Infantil**: conhecimentos, Atitudes e Práticas da População da Área Norte/Centro de Teresina/PI. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005.

ARILHA, M., CALAZANS, G. **Sexualidade na adolescência: o que há de novo?** In: JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 2008.

ASSIS, M. **Promoção de saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado). Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ASSUMPÇÃO, J. F. B. **Adolescência Normal e Patológica**. São Paulo: Lemos Editorial, 2008.

AZEVEDO, R. L. W. **Frequência do uso do preservativo e percepção de vulnerabilidade para o HIV entre adolescentes**. 7º Congresso - Comunicação - Tema: Ciência Social e Comportamental (Social and Behavioural Science) – 2008.

BARROS, Carlos. **O Corpo Humano**. Editora Ática. Edição 64. São Paulo. 2011.

BARROS, Aidil J. da Silveira; LEHFELD, Neide A. de Souza. **Fundamentos de metodologia científica, um guia básico para a iniciação científica**. 2. ed. amp. São Paulo: Makron Books do Brasil, 2007.

BARROSO, C. et al. **Gravidez na Adolescência**. Brasília: Seguradoras, 2008.

BARONE, L. M. C. E BARONE, K. C. Contribuições da Psicanálise para a Avaliação Psicopedagógica do Adolescente in: Oliveira, B. O.; Bossa, N. A. **Avaliação Psicopedagógica do Adolescente**. Cap. VIII. 7. ed. Editora Vozes. Petrópolis, 2009.

BESERRA, E.P; TORRES, C.A, Pinheiro PNC, Alves MDS, Barroso MGT. **Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1563-1570. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700092>.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. Elementos de Amostragem. São Paulo: Blucher, 2005.

BOSSA, N. A. O Normal e o Patológico na Adolescência in OLIVEIRA, B. O.; BOSSA, N. A. **Avaliação Psicopedagógica do Adolescente**. Cap. IX. 7. ed. Editora Vozes. Petrópolis, 2008.

BRADEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. Reichman & Affonso Editores, Rio de Janeiro. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e AIDS**. Prevenir é sempre melhor. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para trabalho de prevenção das DST, AIDS e Drogas: criança, adolescente e adulto Jovem**. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível na Internet: (<http://www.aids.gov.br/c-geral/dstaidscapa.htm>) _____ *DATASUS*, 1999. Disponível na Internet: <http://www.aids.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de AIDS**. Ano XIV, no. 2, abril a junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Departamentos de ações programáticas estratégicas**. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2008.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev Ciência e Saúde**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CARNEIRO, M. L. Tucci. **O racismo na História do Brasil**. São Paulo: Ática, 2008.

CARVALHO, Marília, Pinto. **Sucesso e fracasso escolar: uma questão de gênero**. Educação e Pesquisa (USP), v. 29, n. 1. São Paulo, 2010.

CASTRO, M. G., ABRAMOVAY. M., Silva, L. B. **Juventude e sexualidade**. São Paulo: UNESCO, 2008.

COELHO, T. **Atitude**. 2001 [online]. Disponível em: <http://www.annx.com.br/artigos/tomcoelho>. Acesso em: 8 ago 2011.

COLI A. S. **Conceito de adolescência**. In E Marcondes. *Pediatria básica*. Savier, São Paulo. 2007.

COMITTEE ON ADOLESCENCE, **Contraception and Adolescents Pediatrics**, V. 104, 2009.

CORREIA, M. D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 11º Ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2009.

CRISOSTOMO, Maria, Aparecida, Santos; REIGOTA, Marcos, Antonio, Santos. **Professoras universitárias negras: trajetórias e narrativas**. Avaliação, v. 15, n. 2. Campinas, 2010.

DCNE/BRASIL, MEC – **Secretaria do Estado de Educação do Pará – Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino**. Brasília: Ministério da Educação, 2011.

EXPRESSÃO jovem. Cultura aliada à mobilização comunitária. Arte-educação, empreendedorismo e capacitação profissional. v.2. 2010.
WWW.jovemdeexpressao.com.br/pdf/oquee/kit/manual_2.pdf Acesso : setembro de 2012.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P.; SILVA, F. L.; CHAN, B. L.. **Análise de Dados: Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERRAZ E, Ferreira IQ. **Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida**. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A, organizadores. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 47-54.

FERREIRA, L. S. M.; GALVÃO, M. T. G.; COSTA, E. S. **Sexualidade da Adolescente: Anticoncepção e DST/AIDS**. RBM: Caderno de Ginecologia e Obstetrícia, v.57, p. 8-19, 2010.

FONTES, M. **Atitude: O elo entre o conhecimento e a prática social**, 2008. Disponível em: www.socialtec.org.br. Acesso em: 26 set 2012.

FRASER, Nancy. **Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação**. Estudos Feministas, v. 15, n. 2. Florianópolis, 2009.

FREITAS, L. A. P. **Adolescência, Família e Drogas: A função paterna e a questão dos limites**. Rio de Janeiro, editora Mauad, 2008.

GALLAND, O. **A iniciação sexual dos jovens**. As interações afetivo-sexuais: entre iniciações e idealizações. IN: CASTRO, G.M.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B.. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil, 2008.

GHERPELLI, M. H. B. V. **A Educação Preventiva em sexualidade na Adolescência**. São Paulo: Gente, 2009.

GOMES VLO, Mendes FRP. **Representações de adolescentes luso-brasileiros acerca do conceito de "risco": subsídios para a atuação de enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):688-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a29.htm>

GREGÓRIO, S.B.; GREGÓRIO, J.M. Atitude e comportamento. 2007. Disponível em: <http://www.ceismael.com.br/artigo/artigo057.htm>, Acesso em: 17 de set de 2012.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2007. V. 1.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa**

Nacional por Amostra Domiciliar. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa em Cartórios de Registros Cíveis.** São Paulo. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Geografia da Educação Brasileira.** Brasília: INEP, 2010.

IPEA/SPM/Unifem. **Retrato das desigualdades de gênero e raça – 3ª edição.** Brasília: Ipea: SPM: Unifem, 2012.

JESUS, M. C. P. **Educação Sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da enfermagem.** In: RAMOS, Flávia Regina Souza e cols. *Um Encontro da Enfermagem com o Adolescente Brasileiro.* Brasília, 2007.

KALIYAPERUMAL, I.E.C. Expert, Diabetic Retinopathy Project. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology.** v.5, n.1, jan-mar, 2004.

KAWAMOTO, E. E. ET AL. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: [s. n], 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. **Basic Business Statistics: Concepts and Applications,** 6.ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1996.

LIMA, H. A. M. **Medicina, Sexualidade e Natalidade.** São Paulo, Editora: BYK, 2008.

_____. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** *Diário Oficial da União,* Brasília, DF, 23 dez. 2008.

MACEDO, R. M. S. **O Jovem e seu Mundo: Escola e Família.** IN: Oliveira, B. O.; BOSSA, N. A. Avaliação Psicopedagógica do Adolescente. Cap. VII. 7. ed. Editora Vozes. Petrópolis, 2009.

MACIEL ELN, Oliveira CB, Frechiani JM, Sales CMM, Brotto LDA, Araújo MD. **Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 389-396. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200014>.

MANDÚ, E. N. T. et al, **Revista Adolescência Compreender e Atuar.** São Paulo, 2007.

MARCONDES, R.S. **Educação em saúde pública: conceituação, objetivo e princípios.** São Paulo: USP, 1974.

MARINHO, L.A.B et al. Conhecimento, atitude e prática do auto- exame das mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.5, p.576-82, 2003.

MARTINS, *et al.* **Conhecimentos e Práticas dos Adolescentes da Capital de Mato Grosso quanto às DST/AIDS**. Mato Grosso, 2010.

MARTINS, C. **Gravidez na Adolescência**. São Paulo: DPL, 2008.

MELO, Sergio Fernando de. **Aprendizagem empresarial: aspectos econômicos e sociais**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **BOLETIM Epidemiológico** — AIDS XII (2):5-16, SE 48/98 a 08/99, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico** — AIDS XIII (1): 15-56, SE 48/99 a 22/00, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico** — AIDS V (1) - Julho a Dezembro de 2007/ Janeiro a junho de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens**. Brasília: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de programas Especiais de Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente** – PROSAD. Brasília, Nov.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico** — AIDS XII (2):5-16, SE 48/98 a 08/99, 2010.

MONTAGNIER, L. **Vírus e homens: AIDS; seus mecanismos e tratamentos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

MOSCOVICI, S; SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano**: As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas**. Editora Difusão Edição 1. Vol. 1 São Paulo 2007.

NORONHA, Grace Peixoto. **Sexualidade e fontes de informação entre adolescentes estudantes do ensino médio**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-26052010-144327/>>. Acesso em: 2013-09-20.

NUNES, R. M. V.; BRITO, P. X. N.; PALOMA C. A. et. al. **DST's e adolescência: uma reflexão sobre a prática educativa nas escolas de ensino fundamental**.

Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC - Florianópolis, SC - Julho/2008.

OLIVEIRA, Eliana de. **Mulher negra. Professora universitária.** Trajetória, Conflitos e Identidade. Brasília: Líber Livro, 2010.

OLIVEIRA, D.C, *et al.* **Conhecimentos e práticas de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS.** Revista de Enfermagem Escola Anna Nery. 2009.

OPAS/ OMS. **DST em números.** Fonte: PN-DST/AIDS, 2008.

OPS (Organização Pan-americana de Saúde), OMS (Organização Mundial de Saúde). HIV e Alimentação Infantil: **Modelo para Ações Prioritárias. Organização Mundial de Saúde:** Genebra, 2009.

OPS (Organização Pan-americana de Saúde), OMS (Organização Mundial de Saúde). **Fecundidade na Adolescência. Causas, riscos e opções.** Washington (DC); 2008. (Caderno técnico, n. 12).

OSELKA, G. **Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente.** Rev. Paul. Pediatria [on line], v.17, p. 95-97, 2009. Disponível: <http://www.sbbioetica.org.br> [Acesso em: 11 nov 2009].

PANTOJA, A. L. **"Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19. Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia:** Teoria e prática. Guanabara Koogan, 2002. p. 66.

PEREIRA DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. **Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE.** 2009. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):165-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>

PIAGET, J. **"Psicologia e Epistemologia: para uma teoria do Conhecimento"**, Florence. Universitária, Rio de Janeiro 1972.

PIMENTEL, A. **Universo Adolescente: Escalpelamento, Drogadição, Violência, Agressividade, Subjetividade,** Editora: Belém – Centro de Desenvolvimento da adolescência, 2009.

QUEIROZ, A. L., LOBATO, J. S. **Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes:** um estudo exploratório em uma Unidade de Saúde de Belém. Belém: UFPA, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso.

RAMOS, E. M. L., S.;ALMEIDA, S. DOS S. DE; ARAÚJO, A. DOS R. (ORGS.). **Segurança pública: Uma abordagem estatística e computacional.** Belém: editora universitária EDUFPA 2008.

RAMOS, F. R. S; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R. G. **Projeto Acolher,** Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2009.

RAMOS, S. P. (2009) **Exame Ginecológico**, disponível em: <<http://WWW.gineco.com.br>> Acessado em: 12 abr. 2012.

REATO, L. F. N. **Desenvolvimento da Sexualidade**. IN: COATES, V.; BEZNOS, G.W.; FRANÇOSO, L. A. Medicina do Adolescente. Sarvier. São Paulo, 2008.

RENA, L. C. C. B. **Sexualidade e Adolescência** – as oficinas como práticas pedagógica. Belo horizonte: Autêntica, 2009.

REVISTA BRASILEIRA DE SEXUALIDADE HUMANA. São Paulo: iglu, v.3.n.2. jun./dez. 2009.

REZENDE, Cláudia Barcellos; MAGGIE, Yvonne (Orgs.). **Raça como retórica: a construção da diferença**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

RIBEIRO, Rosa, SABÓIA, Ana. **A criança e o adolescente na década de 80**. Rio de Janeiro: IBGE/DEPIS, 2008.

RIBEIRO MA. **Comunicação familiar e prevenção de DSTs/AIDS entre adolescentes**. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2008 10 (1): 5-9.

SANTOS, V. L.; Santos, C. E.: **Adolescente, jovens e AIDS no Brasil. Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento**. Volume 1, Brasília, 2009.

SCHECHTER, M., MARANGONI, D. V. **Doenças Infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, C.V.; BRETAS, J. R. S.; FERNANDES, C.N. **Conhecimento de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS**. *Ver. Paul. Enfem*, v.22, n. 1, p. 12-21, 2008.

SOUZA, M. M. C. **A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social**. In: Seminário Gravidez na Adolescência. São Paulo: Associação saúde da Família, 2008.

TEIXEIRA, P., BRASIL, M., **A situação de adolescentes e jovens na Região Norte: uma análise exploratória**. Instituto de Estudos sobre a Amazônia (IESAM). 2008.

TEIXEIRA, E; RANIERI, M. S. **Diretrizes para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso**. Belém: EDUEPA, 2009.

THIENGO, M. A., Oliveira, D. C. de, Rodrigues, B. M. R. D. (2010). **Dissertação de mestrado**. Faculdade de Enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TIBA, Içami. **Sexo e adolescência**. São Paulo: Mica, 2008.

TÓTH, M.T; POLACHINI, A.L. 2009. Disponível em: www.socialtec.org.br. Acesso em: 16 maio 2012.

VERARDO, M. T. **Aborto**: um direito ou um crime? São Paulo: Moderna, 2008.

VIEGAS, A. P. F. “**AIDS?** Tô “fora.” Um estudo com adolescentes em duas escolas de Belo Horizonte sobre os fatores que determinam o uso do preservativo na era da AIDS. Dissertação de mestrado em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG, defendida pela autora em 17/05/2010.

VIEIRA, E. et al. **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 2008.

12 ANEXOS

ANEXO 1:- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pais e Responsáveis

Eu, Professora Antonia Benedita Rodrigues Vieira (Pesquisadora Responsável), juntamente com a pesquisadora, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPA, ELAINE CRISTINY EVANGELISTA (91) 81673387, gostaríamos de convidar seu filho (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**. Nossos objetivos são: Conhecer os estudantes adolescentes de Belém de 12 a 18 anos, de escolas estaduais, do ensino fundamental e médio, quanto à sexualidade e a vulnerabilidade as Infecções Sexualmente Transmissíveis e o uso ou não de métodos prevenção. Será aplicado aos adolescentes um questionário sobre IST e o uso de métodos contraceptivos, baseado em fundamentação teórica.

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, declaro que fui informado (a) de forma clara, detalhada e por escrito, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa intitulada **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**.

Fui informado (a) ainda:

- a) Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- b) **Da segurança de que meu filho (a) não será identificado (a)** e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização;
- c) Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- d) Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto meu filho (a) participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações

Assinatura do responsável _____ Data: ____/____/____.

Pesquisador responsável:

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO PARA A ENTREVISTA

PERFIL DOS ADOLESCENTES

1. Idade

12 13 14 15 16 17 18

2. Grau de Instrução (Série)

5ª série 6ª série 7ª série 8ª série 1ª ano 2ª ano
3ª ano

3. Você já repetiu alguma série?

Não Sim Quantas vezes: 1 2 3 -----

4. Gênero (Sexo)

Masculino Feminino

5. Raça (Cor)

Branca Preta Amarela Parda Indígena

6. Estado Civil

Solteiro Casado União estável (Amigado)

7. Tem filhos?

Não Sim Quantos: 1 2 3 -----

8. Trabalha?

Não Sim

9. Renda familiar

Menos de 1 salário mínimo De 1 a 2 salários mínimo
De 3 a 4 salários mínimo Mais de 4 salários mínimo

10. Mora com quem?

Pais e Irmãos (Pode ser só com a mãe, só com o pai, com os dois, com ou sem irmãos)

Amigos

Sozinho

Tios

Avós

Patroa

Namorado

COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES

11. Você já teve relação sexual? Se sim, com quantos anos?

Não Sim 11 12 13 14 15 16 17 18

ATENÇÃO: Se você ainda não teve relação sexual não responda as questões: 11, 12 e 13. PASSE PARA A QUESTÃO 14.

Só responda essa pergunta se você já teve relação sexual:

12. Se você já teve relação sexual: Quantos parceiros sexuais você já teve durante toda sua vida?

Somente um

Dois

Mais de dois

Só responda essa pergunta se você já teve relação sexual:

13. Você tem vida sexual ativa?

Não

Sim

Vida sexual ativa é quando a pessoa tem com freqüência relação sexual. Ex: tem relação sexual todo mês.

Só responda essa pergunta se você já teve relação sexual:

14. Você tem parceiro sexual fixo?

Sim

Não

Outros _____

15. Qual a sua orientação sexual:

Homossexual

Relação sexual entre pessoas do mesmo sexo.

Ex: Mulher com mulher ou Homem com Homem.

Heterossexual

Relação sexual entre pessoas de sexo diferente. Ex: Mulher com Homem.

Bissexual

Pessoas que mantêm relação sexual com homens e mulheres.

Ex: Uma mulher tem relação sexual com homens, mas também pode ter com mulheres.

FONTE DE INFORMAÇÕES UTILIZADAS PELOS ADOLESCENTES

16. Com quem você obteve informações sobre IST, sexo e métodos de prevenção e gravidez?

Pode marcar mais de uma alternativa

Família

Amigos

Namorado (a)

Escola

Internet

Igreja

Hospitais / Posto de saúde

IST- Infecção sexualmente Transmissível. Ex: Sífilis, HIV, Gonorréia.

17. Onde você gostaria de obter mais informações sobre sexo e IST?

Pode marcar mais de uma alternativa

Família

Escola

Igreja

Internet

Hospitais / Posto de saúde

Não preciso de mais informações

IST- Infecção sexualmente Transmissível. Ex: Sífilis, HIV, Gonorréia.

VISÃO DO ALUNO QUANTO A PREPARAÇÃO DE PAIS E PROFESSORES SOBRE IST/ AIDS E SEXUALIDADE

18. Você acha que seu professor esta preparado para conversar com você sobre IST/ AIDS ou retirar suas dúvidas sobre sexualidade?

Sim

Não. Os Professores sentem vergonha

Não. Os Professores não têm conhecimento sobre esse assunto

19. Você acha que seu responsável esta preparado para conversar com você sobre IST/ AIDS ou retirar suas dúvidas sobre sexualidade?

Sim

Não. Os Pais sentem vergonha

Não. Os Pais não têm conhecimento sobre esse assunto

CONHECIMENTO

→ Conhecimento sobre formas de contágio das IST

20. Como se pega IST/AIDS?

Pode marcar mais de uma alternativa

Leite materno de pessoa contaminada

Contato com sangue contaminado

Pelo esperma e/ou secreção vaginal

Pelo beijo (saliva)

Pelo suor

→ Conhecimento sobre formas de prevenção das IST/AIDS

21. Como você pode se prevenir contra IST/AIDS?

Pode marcar mais de uma alternativa

Usando camisinha nas relações sexuais

Não doando sangue

Não compartilhando seringas e agulhas

Selecionando os parceiros sexuais

→ Conhecimento sobre formas de contracepção

22. Que método(s) evita uma gravidez?

Pode marcar mais de uma alternativa

Anticoncepcional oral (pílula)

Anticoncepcional (injetável)

Camisinha

Não sei

ATITUDE

→ Atitude sobre prevenção das IST/AIDS

23. Você sabe usar a camisinha (preservativo)?

Sim

Não

→ Atitude sobre contracepção

24. Você sabe se prevenir contra uma gravidez indesejada?

Sim

Não

PRÁTICA

→ Uso do preservativo na primeira relação sexual

Só responda essa pergunta se você já teve relação sexual:

25. Você usou preservativo na sua primeira relação sexual?

Sim

NÃO usei por que na primeira relação não precisa. Não engravida

NÃO usei por que não sabia como usar

NÃO usei por que meu namorado não quis usar

NÃO usei por que esqueci

→ Uso do preservativo nas relações sexual

Só responda essa pergunta se você já teve relação sexual:

26. Você usa camisinha em suas relações sexuais?

Sim, sempre uso

Sim, às vezes uso

Não uso

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 21/11/2012



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Durciley S. B. dos Santos

Diretora

Port. Nº 1562/12

Escola Maria Antonieta Sena Faria

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 19/11/12.....

Diana Marly de Souza Guimarães

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Diana Marly de Souza Guimarães

Diretora Port: 15338/12

Escola Teodora Bentes

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFGPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 20/11/2012

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Prof. Esp. Humberto Paiva Brito
ADM. ESCOLAR - DEMEC - 2141PA
VICE-DIRETOR

Escola Clube das mães Santa Rita de Cássia

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, *22 de Novembro de 2012*

Santana
DIRETORA
POSTARIA Nº 021 1/11

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

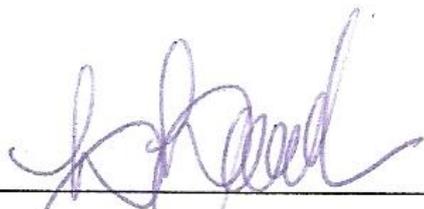
Escola Esthes Bandeira Gomes

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,.....



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Laiza Fonseca Lacerda

Vice-Diretora

Port. nº 2862 / 2010 CRH SEDUC

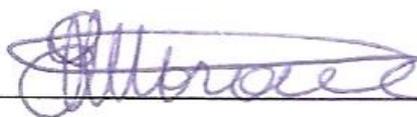
Escola Paulo Maranhão

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**", de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 08/13/2022



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Elisângela Marques Moraes
Vice-Diretora
Port. 2484/12

Escola Juntas Passouinho

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 21/11/12.....

Maria Eunice da Silva Lima Pinto

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Vereador Gonçalo Duarte

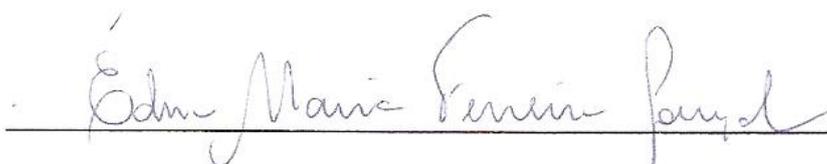
1144/MEC
Diretor(a)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 14 de novembro de 2012.



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola David Salomão Mufamé

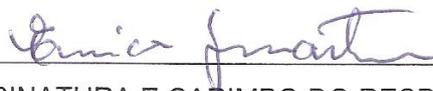


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 05-11-2012



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Emice Garcia Maciel Mariz
VICE - DIRETORA
Portaria 00271/2012
SEDUC - PA

Escola Maria Luiza

E.E.E. FUNDAMENTAL E MEDIO
PROFª Mª LUIZA DA COSTA RÉGO
— FONE. (91) 3279-6154 —

Recubi
05/11/2012

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 07/11/2012.

Adriano Alfredo Carvalho Santos

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Adriano Alfredo Carvalho Santos
Mat. 57209328
Coord. Pedagógico

Escola Nossa Senhora de Guadalupe

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**", de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFGPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 06/11/2012.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carmen Lúcia Melo Moura
Esp. Gestão Escolar
DIRETORA

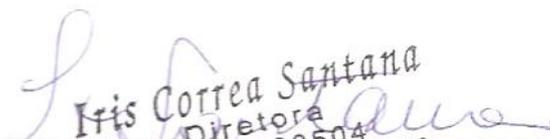
Escola Waldemar Henrique

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 07 de Novembro de 2012


Iris Correa Santana
Diretora
Mat. 5530504
Portaria 014420/2012

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Amilcan Alves Tupiassu

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 05/11/2012.

Carla Kyse Mendonça Alves
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carla Kyse Mendonça Alves
Diretora
Portaria nº 11582/11

Escola Acácio Feúcio Sobral

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 19/11/2012.



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Marília Alves Noronha
Diretora
Reg. 9501204

Escola Duque de Caxias

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**", de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 21/11/2012


Ana Virgínia Dantasense da Paixão
Vice-Diretora

Port. Nº 2003/09

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Nagib Coelho Matni



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, *26 de novembro de 2012.*

Jorge Queiroz

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Jorge Théo Queiroz Ferreira
Vice-Diretor
Portaria nº 10114/2012

Escola Albanúzia de Oliveira

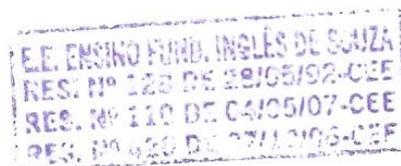
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 26/11/12.....


Fernanda Caldas Oliveira
Administradora Escolar
Reg. 2996-DEAN/CPA



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Inglês de Souza

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,.....


Wagner de Aguiar
Diretor
Mat. nº 1418/2010

RECEBIDO em 19/11/2012
AS 9:50

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

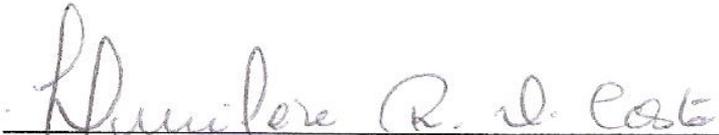
Escola Honorato Filgueiras

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFGPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 22/11/12.



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Escola Manoel Barbosa

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**", de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 23/11/2012

Auridéa de Souza
P/ ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Auridéa de Souza Silva
Especialista em Psicomotricidade
Supervisora Escolar RG. 2053477

Escola Santo Afonso

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 19/11/2013

Aline Valente dos Santos

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Aline Valente dos Santos

Diretora

Portaria 1884/2012

Escola Hilda

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 23/11/12

S. Ferreira
Selma M^ª dos Santos Ferreir
Vice-Diretor^a

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Selma Maria dos Santos Ferreira
Escola Anésia

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,.....

Izaura Maria Silva da Silva

DIRETORA

SEDUC

PORT. N.º 14865/2012 CRH



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

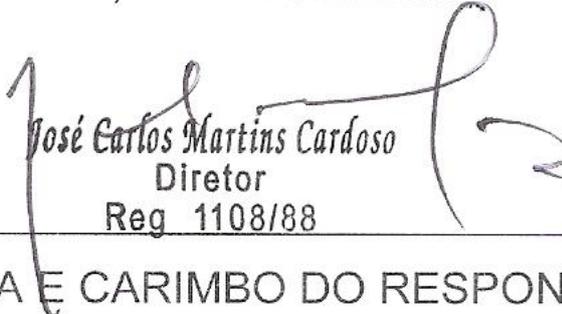
Escola. Adebano Klautau

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa “**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**”, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 20/11/2012


José Carlos Martins Cardoso
Diretor
Reg. 1108/88

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Augusto montenegro

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,.....


Adilson C. Rêziz de Sousa
Esp. Gestão Escolar
Diretor - Nº 2096
UFPA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Izabel das Santas Dúas

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFGPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 33/11/2012

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

E. E. C. Castelo Branco
Vera Costa e Silva
DIRETORA

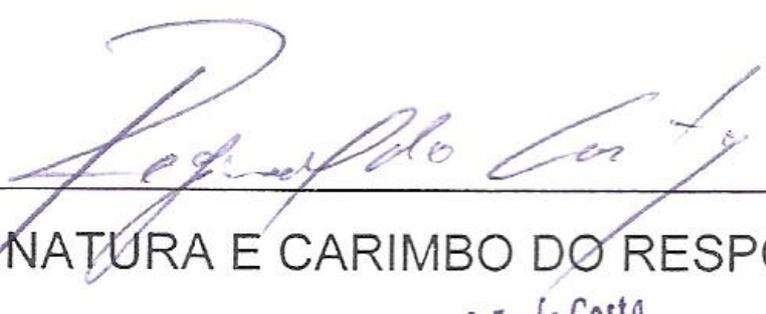
Escola Caldeira Castelo Branco

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,*4/12/2012*.....


ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Reginaldo da Conceição da Costa
Vice-Diretor
Port. N.º 014658/07-SEDUC-CRH

Escola do Outeiro

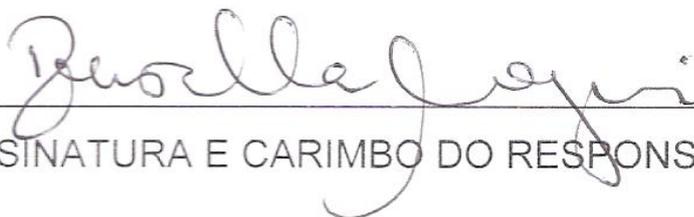
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa "**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**", de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 12.12.2012

E. E. F. R. C. SÃO FRANCISCO DE ASSIS
RES. 294/98 CEE
SEDUC/PA


ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Grisella Raíssa Simões de Aquino
Diretora / SEDUC
Port. n° 4116 - 2012 - CRH

Escola São Francisco de Assis

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "**Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem**", de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, ...06/12/12...



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Diretor

Aut. nº. 013052-2010

Escola

Domingos

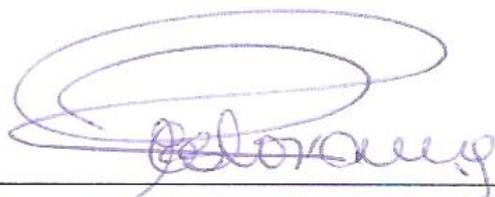
Acatavusu

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,13.12.2012.....



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Geovânia Santos Paiva
Esp. Gestão Escolar
Port. 003534-2012-SEDUC

Escola Jorge Lopes Raposo

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,.....

Maria Joki Soares
M. José M. Soares
Port. 14336/11
Vice-Diretora

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Ruth Passarinho

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 27/11/2012


Antonita Machado Rodrigues
Especialista em Gestão Escolar

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Banão de Igarapé - mini

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém, 20/11/12

Vera Cristina Lagoia Farias

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

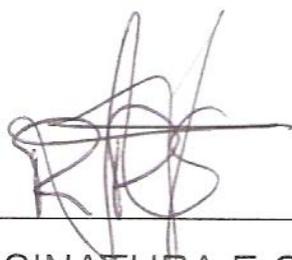
Escola do Outeiro

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e feitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Conhecimento de estudantes adolescentes de Belém sobre Infecção Sexualmente Transmissível IST/AIDS: um olhar da enfermagem”**, de autoria de Elaine Cristiny Evangelista Matrícula: 2011255M003, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Strito senso no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Drª Antonia Benedita Rodrigues Vieira (ICB/UFPA) e Co-orientação do Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Declaro ainda, que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, **autorizo a sua execução nos termos propostos.**

Belém,28/11/2012



Rosângela Pereira dos Santos

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Escola Jonathas Pontes Athias



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / ICS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: ELAINE CRISTINY EVANGELISTA

Título da Pesquisa: "ESTUDANTES ADOLESCENTES DE BELÉM: SEXUALIDADE E VULNERABILIDADES AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS IST/AIDS – A IMPORTÂNCIA DO CUIDAR DE ENFERMAGEM".

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento próprio

CAAE: 11545913.1.0000.0018

Número do Parecer: 230.912

Data da Relatoria: 26/03/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto apresenta metodologia definida. Sem implicações éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer: APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP: Não

BELEM, 27 de Março de 2013

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sala do ICS 13 - 2º andar
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:**66075-110
Telefone: (91) 3201-7705 **E-mail:** cepcs@ufpa.br