

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA FLÁVIA BACHTOLD
JHONATAN WILLIAM DA ROCHA
RAQUEL BACK DA VEIGA

PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA
ADOLESCÊNCIA

Joinville 2017

ANA FLÁVIA BACHTOLD
JHONATAN WILLIAM DA ROCHA
RAQUEL BACK DA VEIGA

PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA
ADOLESCÊNCIA

Projeto Integrador apresentado ao curso Técnico de Enfermagem do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC) como requisito das unidades curriculares do Projeto Integrador IV.

Professora Orientadora: Enf^a Ma. Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha.

Joinville
2017

LISTA DE ABREVIATURAS E

SIGLAS

IFSC – Instituto Federal de Santa Catarina

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

RESUMO

As estatísticas apontam um número crescente de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em pessoas entre a idade de 12 a 39 anos. Considerando o período em que algumas doenças ficam latentes, nota-se que a transmissão deu-se na adolescência e no início da vida adulta. Este projeto teve como objetivo realizar medidas informativas e educativas sobre a prevenção de DSTs. Tratou-se de uma intervenção de saúde com estudantes do Ensino Médio do Instituto Federal de Santa Catarina do Campus Joinville, através de estudos e coleta de informações em literaturas tanto bibliográficas como informatizadas sobre as principais DSTs. Dos dados coletados foi-se pensado sobre como seria melhor chegar até estes adolescentes. Então se optou por uma palestra interativa, com um slide sobre as principais doenças e dinâmicas em grupo para interação com os alunos. Totalizaram-se cinco palestras com duração de duas horas nas salas de aula, para alunos do primeiro e segundo semestre do Instituto Federal de Santa Catarina. Foi possível constatar a necessidade de que se faça permanentemente a inclusão do tema DSTs, no cronograma de ensino das escolas, com a intenção de prevenir tais doenças. A equipe ao concluir o trabalho considerou ser de suma importância o melhoramento destas informações de forma confiável, sendo que a maneira mais segura é a de que sejam transmitidas por professores, educadores ou profissionais de saúde.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Adolescente, Educação Sexual, Promoção de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.1	Justificativa	5
1.2	Objetivo Geral	6
1.3	Objetivos Específicos	6
2	REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1	Adolescência	6
2.2	Puberdade	7
2.3	Doenças sexualmente transmissíveis mais comuns	9
2.4	Prevenção de DST's na adolescência	25
3	METODOLOGIA	27
3.1	Público Alvo	27
3.2	Ações de Intervenção	27
3.3	Avaliação da proposta de intervenção	28
4	RESULTADOS	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERENCIAS	33
	APÊNDICES	36
	APÊNDICE A	36

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é compreendida entre os 12 e 18 anos, (BRASIL, 1990) é caracterizada por mudanças intensas tanto físicas quanto psíquicas, como mudança e descoberta do seu próprio corpo, da sexualidade, a puberdade e o início das atividades sexuais. O adolescente fica ansioso por respostas e vivencia conflitos com os pais e com as pessoas que os cercam. Trata-se de uma fase onde procuram ter seu próprio espaço. É um período de transição onde o adolescente sabe que não é mais criança porém não sabe o que é ser um adulto. Sente a vontade de descobrir o mundo, mas está entre o mundo infantil, pouca responsabilidade, e a imensa atração pelo mundo adulto (SOUZA, 2012).

A transição entre a infância e a vida adulta, conhecida como adolescência, e os conflitos relacionados com a idade podem originar uma condição de risco e é nestas condições que se destacam as doenças sexualmente transmissíveis. Os riscos ocorrem devido ao início da vida sexual, onde o adolescente começa a sentir vontades e não vê riscos ao satisfazê-las (SOUZA, 2012).

Doenças sexualmente transmissíveis, também conhecidas como DSTs, são doenças infecciosas transmitidas principalmente, pelo contato sexual. O uso de preservativo tem sido considerado como a medida mais eficiente para prevenir a contaminação e impedir a sua disseminação. Algumas DSTs são de fácil tratamento quando tratadas de forma correta, já outras são de tratamento difícil ou permanecem latentes, apesar da sensação de melhora dos sintomas. As doenças sexualmente transmissíveis são prevalentes na adolescência e facilitadoras da contaminação pelo HIV. O início precoce da vida sexual, a variabilidade de parceiros, o não uso do preservativo e o uso de drogas ilícitas é citado como fatores de risco às doenças sexualmente transmissíveis (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

1.1 JUSTIFICATIVA

A adolescência é uma idade em que há uma situação de vulnerabilidade, em função de ser uma etapa da vida em que ocorrem muitos conflitos, no âmbito social, psicológico e físico. São dúvidas que podem levar a um risco muito grande na contaminação por uma DST e também na ocorrência de uma gravidez precoce. É exatamente nesta idade que a descoberta do prazer sexual acontece, sendo este

momento de grande importância para iniciar com as ações de educação em saúde, para orientar os adolescentes sobre a prevenção e os riscos de contaminação com as doenças sexualmente transmissíveis (ONOFRE; OLIVIERA; AMARAL, 2014).

Estudos de vários países têm apresentado que a ocorrência de AIDS entre adolescentes está bastante avançada e as taxas de novas infecções são maiores entre a população jovem, com idade entre 15 e 24 anos. Considerando que a maioria dos doentes está na faixa etária de 20 anos, conclui-se que a maioria adquiriu a doença durante a adolescência, devido à patologia ser assintomática por um longo tempo. Esse contexto reforça a necessidade de se trabalhar a prevenção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis com os adolescentes, com foco, sobretudo, no uso do preservativo, seja ele o masculino ou o feminino (BRASIL, 2015).

A educação em saúde realizada neste trabalho busca aproximar o curso técnico em enfermagem aos adolescentes do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) e também da comunidade dos bairros próximos ao Instituto. Este projeto tem como finalidade orientar sobre a prevenção de DSTs para adolescentes da região do IFSC. O público-alvo do projeto são adolescentes com idades entre 14 e 16 anos, matriculados em escolas públicas de Joinville – Santa Catarina (SC).

1.2 OBJETIVO GERAL

- Realizar medidas informativas e educativas para alunos do ensino médio da rede pública, sobre a prevenção de DSTs.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar palestras educativas sobre DSTs;
- Realizar atividade educativa e educativa sobre colocação de preservativo;
- Realizar levantamento sobre as principais dúvidas a respeito da temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é o período compreendido entre os 12 e 18 anos, (BRASIL, 1990). Nesta fase, o indivíduo está em constantes mudanças e em transição da infância para a vida adulta. Ocorrem nessa época da vida os desenvolvimentos no indivíduo, sendo essas mudanças físicas, emocionais, sociais, sexuais, entre outras para se introduzir na sociedade em que vive e se sentir realmente parte dela (EISENSTEIN; 2005). “A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade” (EISENSTEIN; 2005, p.1).

2.2 PUBERDADE

Puberdade é o período de mudanças morfológicas e fisiológicas. Essas mudanças são parte de um processo que se inicia no feto e termina com o desenvolvimento ósseo, das características sexuais secundárias que são diferenciações que podem ocorrer no nascimento ou ao longo do desenvolvimento de organismos superiores sexuados, como a completa maturação da mulher e do homem e sua capacidade de fecundação através da ovulação e da espermatogênese, garantindo a perpetuação da espécie humana (EISENSTEIN; 2005).

Há uma grande variabilidade no tempo de início, duração e progressão da puberdade, com diferenças significativas entre os sexos, grupos étnicos e sociais de determinada população. Menarca é o termo utilizado para a primeira menstruação da adolescente, e ocorre aos 12,8 anos de idade em média (EISENSTEIN; 2005).

Considera-se que a puberdade é caracterizada, principalmente, pelas seguintes mudanças: Crescimento esquelético linear; alteração da forma e composição corporal; desenvolvimento dos órgãos e sistemas; desenvolvimento das gônadas e dos caracteres sexuais secundárias, que serão descritos nos próximos parágrafos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Na adolescência ocorre-se um intenso crescimento do esqueleto. Nessa fase, o indivíduo apresenta grande aquisição de estatura, ganhando cerca de 50% do peso seu peso adulto 20% da sua estatura final. Tal crescimento ocorre de forma não linear, ou seja, com velocidades variáveis de acordo com a fase da vida e de influências externas como: alimentação, aspectos sociais e ambientais, tal como hormônios

predominantes em cada fase. Na puberdade o crescimento é rápido e acelerado, sucedendo com desaceleração e conseqüentemente o término do processo de crescimento (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A adolescência é a fase onde o indivíduo está mais susceptível às mudanças, mais vulnerável ao desenvolvimento humano, e, influências externas podem causar prejuízos irreversíveis ao corpo e psicológico do ser humano (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

O adolescente pode sentir-se deslocado, pois seu corpo muitas vezes tem um formato desproporcional. O crescimento inicia-se pelos membros, seguindo uma direção distal-proximal, seguindo-se pernas e após os membros superiores. Ao final da adolescência o corpo volta a ter um formato harmônico (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Na puberdade ocorrem as diferenciações das formas corporais dos sexos, o chamado dimorfismo sexual, resultante das maturações esqueléticas, musculares e do tecido adiposo. O desenvolvimento do tecido adiposo nas mulheres ocorre principalmente na região de seios e quadris, já nos homens, ocorre o crescimento entre os ombros, associado ao desenvolvimento muscular na região da cintura (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A idade da menarca, primeira menstruação, representa o início da desaceleração do crescimento, onde ocorre o final do crescimento dos ossos e o acúmulo de gordura. Para os meninos, a fase máxima do crescimento coincide com a fase adiantada do desenvolvimento da genitália e crescimento dos pelos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Com exceção do tecido linfóide, que apresenta involução progressiva a partir da adolescência, e do tecido nervoso (praticamente com todo o seu crescimento já estabelecido), todos os órgãos e sistemas se desenvolvem durante a puberdade, sobretudo os sistemas cardiocirculatório e respiratório (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010, p. 72).

O desenvolvimento gonadal e das características sexuais secundárias são modificações desencadeadas por um complexo mecanismo neuroendócrino e influenciado também por fatores genéticos e ambientais. Os eventos púberes no sexo feminino iniciam-se mais cedo comparados ao sexo masculino (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Nas mulheres, primeiramente ocorre o desenvolvimento do botão mamário, que nada mais é do que o início da formação das glândulas mamárias. Já nos meninos, a

primeira característica observada é o aumento do volume dos testículos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

O desenvolvimento gonadal é intenso nesse período, juntamente com a capacidade completa de reprodução do adolescente, onde as características sexuais estão totalmente desenvolvidas (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

2.3 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS MAIS COMUNS

Historicamente as doenças, transmitidas durante as relações sexuais, foram chamadas de doenças venéreas em menção a Vênus, a deusa grega do amor. Vênere, uma das denominações de Vênus. Há relatos dessas doenças em diversas descrições bíblicas, sendo que muitos homens e mulheres padeceram em consequência de suas complicações. A prática sexual com múltiplos parceiros é fator relevante no aumento do risco de contágio por uma Doença Sexualmente Transmissível. A taxa de incidência das DSTs é de um novo caso em 100 pessoas ao ano, nos países industrializados e nos países menos desenvolvidos estão entre os cinco principais motivos de atendimento na rede pública de saúde. Essa incidência das DSTs sobre as populações fez acender, no século passado, um alerta sobre os especialistas em saúde pública de todo o mundo e nos anos do século 20, no início dos anos 80, e o surgimento da AIDS, as DSTs se priorizaram no meio da Saúde Pública, por estarem diretamente ligadas com a transmissão do vírus HIV. Governantes e profissionais de saúde passaram a dar maior importância e atenção, principalmente setores como da vigilância epidemiológica, para ações de treinamento de profissionais visando à prevenção, e para a oferta adequada de medicamentos para a população que necessita (BARRAVIERA, 2003).

De acordo com Lomba M. e Lomba A. 2002, As Doenças Sexualmente Transmissíveis são transmitidas através dos contatos mais íntimos de uma relação sexual, não fazendo distinção entre pessoas do mesmo sexo ou entre pessoas de sexos diferentes e estão diretamente relacionadas com as condições de higiene e com a vida social do indivíduo. O maior número de casos incide sobre indivíduos com idades entre 15 e 30 anos, sendo a maior predominância em pessoas solteiras, com múltiplos parceiros, ou que fazem do sexo uma profissão.

Ainda hoje, a falta de informação e o preconceito em relação aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis faz com que os contaminados sintam vergonha de si, o que os desencoraja a procurarem atendimento adequado, levando a

automedicação e ao tratamento incorreto, práticas que podem agravar o quadro clínico. Apenas o diagnóstico e o tratamento das pessoas infectadas por uma DST, aliado com o tratamento correto de seus parceiros ou parceiras sexuais é capaz de interromper a cadeia de transmissão da doença, prevenindo novas infecções e complicações (BRASIL, 2015).

Os maiores fatores de riscos para os adolescentes são as relações sexuais precoces, a mudança de parceiros, o não uso de preservativos, o uso e abuso de álcool, drogas e tabaco, e os históricos de abusos e assédios sexuais. Biologicamente, na adolescência, considera-se mais risco devido ao fato de maior exposição do epitélio cilíndrico do colo do útero a ação das bactérias clamídias e dos gonococos. Psicologicamente, o adolescente passa por uma definição da sua identidade sexual, com a experimentação e a variação de parceiros (TAQUETE; VILHENA; CAMPOS, 2004).

São mais de 20 tipos de DSTs, identificadas conforme pesquisas e estas se encaixam em dois grupos principais:

- As causadas por bactérias e protozoários e que podem ser tratadas e curadas com antibióticos, São elas a clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis;

- As causadas por vírus, que podem ser controladas, mas não curadas. Uma vez contraía a DST viral, a pessoa terá a doença para sempre (HIV/Aids, herpes genital, HPV, hepatite B, condiloma acuminado (verruga genital) e citomegalovírus (FONTES, 2009).

Os sintomas podem ser incomuns e variar de acordo com o tipo de DST apresentada: corrimento no pênis ou vagina, feridas, verrugas, coceira e vermelhidão na área genital, ardência/queimação ao urinar, coceira, ferida ou sangramento no ânus (FONTES, 2009).

2.3.1 Clamídia

A Clamídia é considerada a DST mais comum no mundo e sua ocorrência e quadro clínico estão associados e se assemelham ao da gonorreia. Na maioria das vezes. A infecção, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, pode atingir os órgãos genitais, a garganta e os olhos (BRASIL, 2015).

A incidência da clamídia é mais comum entre jovens e pessoas com múltiplos parceiros sexuais que não utilizam preservativos. Na rede pública de saúde brasileira, segundo o Ministério da Saúde (2015), a manifestação é mais comum em

mulheres jovens, com menos de 25 anos, sexualmente ativas, e com múltiplos parceiros sexuais. Apenas este dado já reforça a atenção que as adolescentes precisam ter ao serem inseridas em programas de educação sexual, sobretudo quanto à prevenção das DSTs e da gravidez. Em 2011, por exemplo, diante da elevada manifestação da infecção em jovens gestantes com idades entre 15 e 24 anos, os exames para a presença da clamídia tornou-se rotina durante o acompanhamento pré-natal do grupo de mulheres dessa faixa etária (BRASIL, 2015).

A única forma de prevenir o contágio pela clamídia é através da prática do sexo seguro, diante do uso de preservativos, acompanhada por hábitos de higiene, como o banho e o lavar das mãos após a relação sexual. Comumente, a contaminação ocorre durante o sexo, seja ele vaginal, oral ou anal, e também durante o parto normal, da mãe infectada para o recém-nascido. Na gravidez, a infecção do bebê ainda pode se dar com partos pré-termo, através da ruptura prematura de membrana e da endometrite puerperal. Entre as complicações para o bebê contaminado, a clamídia pode levar à cegueira definitiva. O recém-nascido de mãe infectada deve ser tratado logo na primeira hora após o nascimento com colírio antibacteriano adequado, para evitar o acometimento pela conjuntivite neonatal (oftalmia) (BRASIL, 2015).

A ciência médica descartou a transmissão através do beijo ou por meio do compartilhamento de banheiros ou piscinas públicas. Todavia, a transmissão através do uso comum de toalhas ou roupas íntimas ainda não foi descartada ou comprovada. Teoricamente o contágio pode se dar através do contato com secreções frescas contaminadas. Há, ainda, a contaminação por meio da conjuntivite por clamídia em adultos. Bem menos severa, ela tem período de incubação de cinco a 14 dias e ocorre quando o indivíduo coça os olhos com as mãos contendo secreções sexuais contaminadas (BRASIL, 2015).

Os sintomas da clamídia, quando manifestos, ocorrem após o período de incubação, que varia de duas a três semanas. Contudo, de 70% a 80% dos casos são assintomáticos, o que torna seu diagnóstico mais complexo. Já quando a infecção apresenta sintomas, eles consistem em, nas mulheres, em corrimento vaginal, sangramento vaginal não relacionado com a menstruação e dor ou ardência durante a relação sexual ou ao urinar. Outras manifestações da doença podem ocorrer durante o exame físico, como dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou swab. A clamídia também acomete aos homens, e apresenta sintomas como

corrimento purulento pela uretra, inchaço do saco escrotal, inflamação do ânus (homossexuais), ardência ou dor ao urinar (BRASIL, 2015).

O tratamento é feito com antibióticos conforme prescrição médica e deve ser realizado no paciente infectado e também no seu parceiro (os), mesmo que estes não apresentem sintomas (FONTES, 2009).

2.3.2 Gonorreia

A gonorreia é causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoea*. Multiplica-se com facilidade em áreas quentes e úmidas como o útero na mulher, na uretra tanto em mulheres como em homens, pode crescer na boca, garganta, olhos e ânus e pode ser transmitida da mãe para o bebê durante o parto. A transmissão acontece pelo contato com o pênis, vagina, boca ou ânus e não é necessário haver ejaculação para ser transmitida. As pessoas que já obtiveram a doença e trataram podem contrair novamente se tiverem contato sexual com indivíduos infectados (LOMBA, LOMBA, 2000).

Na mulher, a infecção geralmente é assintomática ou apresenta sintomas moderados, como corrimento vaginal, e associados com queimação ao urinar. Nos homens, os sintomas aparecem 2 a 3 dias após ter relações sexuais com pessoa infectada e consistem em coceira na uretra, eliminação de pus amarelado, dor ao urinar e desejo frequente de urinar. Em homossexuais, apresentam desconforto e lesões na região perianal, além de secreções muco purulenta. Em ambos os sexos o diagnóstico é realizado com exame microscópico de secreções vaginal e uretral (LOMBA, LOMBA, 2000).

Assim como a clamídia, a gonorreia também apresentou considerável prevalência em mulheres jovens, com idades entre 15 e 25 anos, grávidas e atendidas pelo Sistema Único de Saúde, o que fez com que os exames diagnósticos para ambas as doenças se tornassem parte do protocolo de atendimento do acompanhamento pré-natal das gestantes deste grupo etário. Predominantemente, a infecção é diagnosticada em mulheres menores de 25 anos, sexualmente ativas, e com múltiplos parceiros, que não usam ou que fazem uso irregular de preservativos. A prevenção à doença se dá, exclusivamente, por meio do uso de camisinhas durante a relação sexual (BRASIL, 2015).

Recente indicação do Ministério da Saúde (2015) aponta para que o tratamento seja realizado com antibióticos, sendo eles, o Ciprofloxacinaa 500 mg, VO, em dose

única; somado ao Azitromicina 500 mg, dois comprimidos, VO, dose única; ou ao Ceftriaxonab,c 500 mg, IM, em dose única. Em menores de 18 anos e gestantes se recomenda apenas o uso do Ceftriaxona, no lugar dos dois anteriores. Tanto o Ceftriaxona quanto o Azitromicina também são os indicados para o tratamento das infecções quando elas acometem outras áreas do corpo que não os órgãos sexuais, como a faringe, quando a infecção é gonocócica disseminada, ou quando ocorre nos olhos, em adultos, manifestando-se através da conjuntivite.

As complicações mais graves da gonorreia, quando não tratada, incluem dor pélvica, DIP, gravidez ectó-pica e infertilidade. Quando a infecção se dá durante a gravidez, ainda pode ocasionar maior risco de nascimento prematuro, de ruptura prematura da membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal. Assim como a clamídia, o risco de transmissão vertical da gonorreia, durante o parto natural, encontra-se entre 30% a 50%, e pode acarretar, ao recém-nascido, a conjuntivite (oftalmia neonatal), que quando não tratada na primeira hora do nascimento leva à cegueira. Nestes casos, a cesariana é o procedimento mais indicado (BRASIL, 2015).

2.3.3 Tricomoniase

A tricomoníase é uma infecção parasitária e integra a relação de DSTs curáveis. Transmitida durante a relação sexual desprotegida, a infecção pode atingir o colo do útero, a vagina, a uretra e o pênis e se dá através do protozoário *Trichomonas vaginalis*, bastante disseminado no Brasil e encontrado em meio à população mais carente. A prevalência entre mulheres atendidas pelo Sistema Único Brasileiro varia de 10% a 35%, segundo o Ministério da Saúde. Após exposição ao protozoário, o período de incubação varia de cinco a 28 dias. O *T. vaginalis*, como é conhecido o parasita, só infecta o ser humano e tem como ambiente a vagina, a uretra ou outras áreas do sistema geniturinário (BRASIL, 2015).

Quando ocorre em mulheres, é uma doença de fácil identificação devido aos sintomas, que costumam aparecer após o período menstrual e consistem em coceira intensa, ardência, corrimento vaginal, secreções amareladas e espumosas e mau cheiro. Por se desenvolver na parte interna da vagina, a doença pode causar microlesões e dores. As características dos sintomas tornam o diagnóstico fácil de identificar a doença. O exame físico observa-se vermelhidão, inflação vaginal, e pequenos pontos hemorrágicos por toda a mucosa. Os protozoários são visualizados em movimento, em material do ectocérvice, por meio de exame bacterioscópico a

fresco ou pela coloração de Gram, Giemsa, Papanicolaou, entre outras. O exame laboratorial é feito da secreção vaginal observando-se microscopicamente numerosos tricomonas. Durante a gestação, a testagem para a tricomoníase não integra as recomendações protocolares do pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 58).

Já quando ocorre em homens, a identificação é mais difícil porque a infecção é praticamente assintomática. Em alguns casos, eles apresentam apenas uma discreta uretrite. Por isso, sempre que a mulher é diagnosticada, recomenda-se que o tratamento seja realizado em ambos, isso porque a tricomoníase pode ser contraído mais de uma vez mesmo depois de obtido sucesso no tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O tratamento da tricomoníase é medicamentoso e acompanhado de cuidados redobrados com a higiene pessoal, já que a ausência dela proporciona aos protozoários agentes da infecção as condições ideais para a proliferação. Para tratamento, tanto da mulher quanto do homem, indica-se o Metronidazol, cujas posologias variam conforme as dosagens da fórmula. A prevenção se dá pelo sexo protegido, pela camisinha feminina ou masculina, somado aos cuidados com a higiene íntima após a relação sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

2.3.4 Sífilis

Conhecida também por lues (praga), a Sífilis é uma doença infecto contagiosa, considerada uma DST, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, Essa doença foi considerada uma das mais importantes da história humana. Historiadores acreditam que a origem da sífilis pode ter sido documentada por Hipócrates na Antiga Grécia 600 anos antes de Cristo, já outros acreditam ser uma doença antiga no Velho Mundo. Consideravam-na a lepra, que teria sofrido mutações, tornando-se contagiosa no século 16. A teoria mais crente é de que a doença foi levada das Américas pela Europa por Cristóvão Colombo e seus sucessores em 1492. Precisamente, a sífilis foi descoberta em 1905 e caracteriza-se por ser uma infecção bacteriana curável e que acomete exclusivamente o ser humano (BORGES, 2014).

A bactéria *Treponema pallidum* que tem a capacidade de destruir os tecidos e pode causar inflamação crônica em quase todos os órgãos do corpo. O tempo de incubação varia entre 2 a 3 semanas, e quando presente no organismo, a bactéria se aproveita de pequenas lesões na pele e nas mucosas para se propagar para uma pessoa não infectada pela doença (LOMBA, LOMBA, 2000).

A sífilis pode ser transmitida por diversas maneiras. Através da relação sexual sem proteção (do contato com secreções e fluídos da pessoa infectada); por meio de transfusões de sangue; de seringas contaminadas; pelo beijo, caso a pessoa infectada tenha feridas na boca (como a herpes). Em alguns casos, mais raros, a contaminação pode ocorrer através de objetos contaminados, como em procedimentos de tatuagens, ou por meio da amamentação, caso a mãe esteja contaminada e tenha alguma ferida no seio. Se contraída na gravidez, a bactéria atinge o feto e se desenvolve na criança. Nesse contexto, recebe o nome de sífilis congênita, e provoca abortos ou fetos natimortos. A criança também pode nascer com deformações no corpo (LOMBA, LOMBA, 2000).

A doença se torna perigosa pelas suas características, sobretudo porque os primeiros sintomas costumam desaparecer com o tempo, fazendo com que a pessoa infectada os confunda com outras enfermidades, e também pelos períodos de inatividades das bactérias. No primeiro e segundo estágio da doença, e na fase latente recente, há maior probabilidade de transmissão (cerca de 60%) da bactéria causadora da infecção, que ocorre principalmente através da relação sexual sem camisinha entre uma pessoa infectada, ou da mãe infectada para o recém-nascido, durante a gestação ou o parto. Já na terceira fase, ou na fase latente tardia, a possibilidade de infecção diminui, conforme a multiplicação patógena diminui, a partir do segundo ano da infecção. A única prevenção à sífilis é o uso do preservativo, masculino ou feminino. Nos casos de gestantes, o acompanhamento pré-natal é essencial para evitar a transmissão, quando o termo usado é sífilis congênita. Na gravidez, a sífilis causa aproximadamente 300 mil mortes fetais e neonatais ao ano em todo o mundo (BRASIL, 2015).

O primeiro sintoma da sífilis é uma ferida, chamada de cancro duro, que pode aparecer no local de entrada da bactéria, que pode ser o pênis, a vulva, a vagina, o colo do útero, o ânus, a boca ou outros locais do corpo. Costumeiramente trata-se de uma ferida única, mas em alguns casos ocorre de forma múltipla. Como característica, tem cor vermelho-escuro, não costuma sangrar e é ulcerada na base. Ela não ocasiona dor ou coceira, ardência ou pus. Mesmo sem o tratamento, em alguns casos ela desaparece após três semanas, o que não significa que o organismo combateu naturalmente a doença. Pelo contrário, neste estágio a bactéria ficou inativa (dormindo). Essa primeira fase da doença se manifesta entre 10 a 90 dias após a contaminação e em alguns casos os pacientes ainda apresentam ínguas nas virilhas (LOMBA, LOMBA, 2000).

Na fase secundária, cerca de 2 a 8 semanas, a ferida fica mais evidente e característica da doença, não coça, mas também podem surgir sintomas como dores musculares, febre, dor de garganta e dificuldade para deglutir. Esses sintomas geralmente somem sem tratamento e, mais uma vez, a bactéria fica inativa no organismo. Essa fase ocorre de seis semanas a seis meses após a cicatrização espontânea da ferida que aparece na primeira fase da doença, e ainda é marcada pelo aparecimento de manchas (não coçam ou apresentam qualquer desconforto) pelo corpo, sobretudo nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. As ínguas também reaparecem (LOMBA, LOMBA, 2000).

Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; eritemata palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose. A sintomatologia pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas. Mais raramente, observa-se comprometimento hepático, quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral uveítes (BRASIL, 2015, p. 68).

Após o estágio secundário pode ocorrer estágio da Sífilis latente, uma fase inativa em que não há sintomas. Esse estágio pode perdurar por anos sem que a pessoa sinta nada. No primeiro ano de infecção, 25% dos pacientes intercalam lesões e períodos de inatividade da bactéria. A doença pode nunca mais se manifestar no organismo, mas pode ser que ela se desenvolva para o próximo estágio: o terceiro e mais grave, que apresenta sintomas cutâneos, ósseos, cardiovasculares e neurológicos e pode ser fatal (BRASIL, 2015).

No estágio terciário a bactéria pode se manifestar entre dois a 40 anos depois da infecção inicial e durar anos se não tratada. A infecção se espalha pelo organismo, principalmente pelas pernas, abaixo dos joelhos, pela parte superior do tórax, na face, no septo nasal, na perfuração do palato e no couro cabeludo. A sífilis ainda pode se manifestar no cérebro, sistema nervoso, pele, ossos, articulações, olhos, artérias, fígado e até no coração, causando insuficiência da válvula aórtica (LOMBA, LOMBA, 2000).

O diagnóstico da sífilis está disponível de forma gratuita nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, através do teste rápido (TR), e o diagnóstico ocorre em cerca de 30 minutos, sem a necessidade de complexa estrutura laboratorial, o que o torna acessível e comum sua realização em mutirões de saúde coletiva ou comunitários, em eventos ou em campanhas sobre as DSTs, isso porque o diagnóstico

da sífilis está relacionado à ocorrência do HIV/Aids e tem tido prioridade entre as políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2015).

O tratamento é a base de antibióticos, sendo a penicilina benzatina a mais utilizada em todas as fases da sífilis, exceto em casos de alergia ao uso desse medicamento. Se o tratamento ocorrer na primeira manifestação da sífilis (cancro duro), ele deve ser ministrado por período de sete a 10 dias, em níveis superiores a 0,018 mg por litro. Nas demais fases da doença, são indicadas posologias específicas. Como tratamentos alternativos, há ainda o Doxiciclina (não indicado para gestantes), e o Ceftriaxona, (gestantes ou não gestantes). Após a fase de medicação, os pacientes devem ser acompanhados em intervalos de 60 dias com testes específicos, e as gestantes mensalmente (BRASIL, 2015).

2.3.5 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

O HIV refere-se à sigla em inglês do Vírus da Imunodeficiência Humana que causa a AIDS e ataca o sistema imunológico deixando o organismo propício a contrair doenças, detectado pela primeira vez em 1983 no Instituto Pasteurs, na França (LOMBA; LOMBA, 2000).

Há diferenças entre ter o HIV e ter a Aids. Soropositivos, que são os infectados pelo HIV, podem viver anos com o vírus, sem que a doença se manifeste. Contudo, eles podem transmiti-los. A Aids em si, sigla para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ocorre em estágio mais avançado da infecção pelo HIV. O vírus ataca as células de defesa do corpo, deixando o organismo vulnerável a adquirir várias doenças. Não é considerada uma doença específica, porque agrega um conjunto de sintomas que são manifestados pela pessoa infectada. O infectado fica debilitado, com baixa imunidade o que propicia qualquer doença compor o quadro da Aids, até mesmo resfriado comum. As doenças comuns que em um indivíduo normal passam despercebidas, em um soropositivo podem ser a causa de várias complicações e levar à morte, sendo que os sintomas mais comuns são febre baixa e contínua e que pode durar por meses, emagrecimento exagerado, sudorese noturna, diarreias frequentes, cansaço intenso, tosse seca, contínua e geralmente acompanhada de infecções pulmonares (pneumonia) repetitivas (BRASIL, 2016).

A forma de transmissão mais frequente do HIV ocorre por meio da relação sexual sem proteção com uso de preservativos, (homossexuais heterossexuais),

toxicômanos, transfusões sanguíneas, entre outras formas. Também pode acontecer durante a amamentação, por meio do leite materno, por isso a mãe que tem o vírus não deve amamentar a criança. É orientada a suspensão da amamentação e a inibição da lactação. Portanto, o leite da mãe deve ser substituído por leite artificial. Atualmente, desde que realizem corretamente o acompanhamento pré-natal, mães soropositivas têm 99% de chance de terem os filhos sem o HIV. O tratamento, neste caso, é realizado durante a gravidez, no parto e no pós-parto (BRASIL, 2016).

Atualmente, apesar de não existir a cura para o HIV, o diagnóstico precoce da infecção é fundamental para que seu portador ganhe expectativa e qualidade de vida. O tratamento através do consumo de coquetéis antirretrovirais tem surtido efeitos positivos e, em muitos casos, deixados pacientes com o HIV negativado no organismo. Contudo, para que o paciente possa aderir o tratamento, ele precisa ser inserido em uma rede de proteção, que inclui uma atenção humanizada e eficiente dos profissionais de saúde, acompanhamento psicossocial e o apoio familiar, questões que precisam ter atenção redobrada quando se trata de um adolescente com diagnóstico positivo para o HIV. Neste caso, leva-se em consideração: imaturidade, reação emocional negativa, medo do preconceito, da exposição e do estigma social, sentimento de culpa pela transmissão do HIV, e o despreparo dos pais ou responsáveis para falar sobre a doença e para viver com um soropositivo (BRASIL, 2015).

No virar das décadas de 1980 para 1990, a Aids foi considerada uma epidemia e ocasionou uma revolução no comportamento humano, sobretudo relacionado às relações sexuais, obrigando as sociedades a conversarem sobre um tema que ainda hoje, infelizmente, é considerado um tabu para alguns: o sexo e a sexualidade. Foi para prevenir a Aids que a produção das camisinhas (ora chamadas de Condon de Vênus) passou a ocorrer em escala industrial e se transformou na maior e mais eficaz alternativa de prevenção as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Antes, ela era utilizada apenas como método contraceptivo. Para combater o vírus, que se alastrava mundialmente, setores da ciência se uniram e hoje apresentam feitos que têm sido decisivos no combate e no diagnóstico precoce do HIV. A cura, contudo, ainda está longe de ser descoberta (BRASIL, 2015).

Hoje, no Brasil, o diagnóstico precoce do HIV pode ser realizado gratuitamente, através do Sistema Único de Saúde, por meio dos testes rápidos, que consiste na detecção de anticorpos contra o HIV em uma amostra de sangue retirada da ponta do dedo. O pré-diagnóstico é realizado em 30 minutos nas unidades das redes públicas

e nos CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento). Em caso de resultado positivo, o paciente é acolhido e encaminhado a exames laboratoriais e ao tratamento. A infecção pelo HIV pode ser detectada ainda no período conhecido como janela imunológica, após 30 dias da exposição ao vírus, através do exame laboratorial ou do teste rápido (BRASIL, 2015).

A única forma de tratamento contra o HIV é evitando que ele se multiplique no organismo, através do coquetel antirretroviral, desenvolvido na década de 1980 e que impedem o enfraquecimento do sistema imunológico. Distribuídos gratuitamente no Brasil desde 1996, eles são fundamentais para aumentar a expectativa de vida do soropositivo. São eles: os Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, Inibidores de Protease, Inibidores de fusão, Inibidores da Integrase e Inibidores da Integrase. Ao todo, estão disponíveis 22 medicamentos, divididos nos cinco grupos acima (BRASIL, 2015).

Neste contexto, contudo, o Brasil é destaque mundial no tratamento das DSTs, sobretudo do HIV no período de 2014 e 2015, por adotar uma campanha de prevenção combinada que inclui distribuição gratuita e campanhas de incentivo ao uso da camisinha, a distribuição gratuita, pelo Sistema Único de Saúde, do tratamento antirretroviral, a oferta de testes rápidos, gratuitos e frequentes do HIV, a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP Sexual), o exame de HIV no pré-natal, medidas de redução de danos entre pessoas que usam álcool e outras drogas e a atenção para o tratamento das demais DSTs existentes e que podem estar relacionadas com a presença do HIV (BRASIL, 2016).

Para 2020, a meta do Ministério da Saúde é que 90% das pessoas contaminadas estejam diagnosticadas, com 90% deste grupo em tratamento. Em 2015, 734 mil pessoas vivem com o HIV no Brasil, 589 mil estavam diagnosticadas e 404 mil em tratamento. A meta mundial, proposta pelo Unids, ainda prevê que o número de novas infecções seja controlado e limitado a 500 mil ao ano, e sem qualquer tipo de discriminação. Aliás, é o combate à discriminação e ao preconceito para com a pessoa infectada um dos fatores primordiais para que ela se encoraje a procurar o auxílio e o tratamento médico. Das 404 mil pessoas infectadas em tratamento no Brasil em 2015, 90% delas estavam com a carga viral indetectável (BRASIL, 2016).

2.3.6 Herpes genital

O Herpes genital atinge homens e mulheres e a transmissão é mais frequente durante a relação sexual, sendo o contágio mais intenso quando a atividade sexual com múltiplos parceiros. A transmissão se dá pelo contato direto com a área infectada de outra pessoa, podendo ser através do beijo, da relação sexual como um todo e do sexo oral (BARRAVIERA, 2003).

Causada pelo vírus denominado *Herpesvirus hominis*, apresenta dois sorotipos distintos: herpes simples tipo 1: que ocasiona lesões na face e no tronco; e a tipo 2: que causa infecções nos órgãos genitais (ânus, e no reto, tanto em homens e mulheres heterossexuais ou homossexuais). Ambos os tipos são contagiosas e geralmente contraídas por contato sexual, direto com pessoas infectadas. As lesões, sintomas, podem aparecer em qualquer parte do corpo e reaparecer várias vezes ao longo da vida. A infecção se manifesta após o período de incubação do vírus, que dura de cinco a dez dias. Primeiro, causa um discreto ardor e prurido no local que será afetado pelo herpes. A sensação é seguida pelo aparecimento de pequenas vesículas no pênis, na vulva ou no ânus, e pode ser acompanhada por febre, dor de cabeça e adenopatia. O cérvix infeccionado provoca úlceras, causando dor e disúria. No homem, as lesões são na glândula e o prepúcio, e na mulher na parte externa da genitália (pequenos e grandes lábios, clitóris, períneo e vagina) (BARRAVIERA, 2003).

De 13% a 37% das pessoas que são infectadas pelo HSV (vírus do herpes simples), nunca irão desenvolver manifestações da doença, contudo, quando elas ocorrem em associação à infecção pelo HIV, tendem a ser dolorosas, atípicas e de maior duração. Mas, de modo geral, as manifestações são subdivididas em primoinfecção herpética e em surtos recidivantes. A primeira ocorre em período médio de seis dias após a infecção pelo HSV, é mais severa e ocasiona lesões eritematopapulosas de um a três milímetros de diâmetro e que evoluem e se transformam em vesículas sobre base eritematosa, dolorosa e localizada em regiões variadas da área genital (BARRAVIERA, 2003).

Nas mulheres, especialmente, a primo-infecção pode simular uma infecção urinária, por causa retenção da urina, e pode acometer o útero, em 50% dos casos, quando aparece também, como sintoma, corrimento vaginal. Nos homens, contudo, ataca a uretra e provoca corrimento uretral, mas são mais raras as lesões extragenitais. Em ambos os sexos, a duração do quadro é de duas a três semanas e é seguida pela ascensão do vírus aos nervos periféricos sensoriais e posterior penetração nas células dos gânglios sensitivos, quando eles entram em estado de latência (BRASIL, 2015).

Entre 90% e 60% dos pacientes voltarão a apresentar os sintomas nos primeiros 12 meses, quando eles desenvolvem a reativação viral. São os surtos recidivantes, que por sua vez é desencadeada por quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência. Na reincidência, a lesão costuma ocorrer no mesmo local da primeira, podem ser cutâneas e/ou mucosas e podem ter os mesmos sintomas apresentados na primeira manifestação. Em um período de sete a 10 dias, a lesão tende a regredir espontaneamente (BRASIL, 2015).

O tratamento é realizado a partir da aplicação (direto na lesão em forma de pomada) ou da ingestão (oral), do medicamento Aciclovir, que tem sido o mais prescrito pelos médicos. A medicação, contudo, deve ser acompanhada de boas práticas de higiene, com o uso de compressas esterilizadas, sobretudo nos locais de lesão. O herpes genital é transmitido por meio das relações sexuais sem uso do preservativo, e requer maior cuidado com a higiene por parte de quem possui as manifestações da doença. Recomenda-se lavar bem as mãos e não furar e evitar contato com as bolhas. Apesar de tratamento para reduzir sinais e sintomas, esta é uma DST que não tem cura (BRASIL, 2015).

2.3.7 HPV

O HPV é o vírus que mais acomete mulheres em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, calcula-se que 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo Papilomavirus humano, causador da doença responsável por causar 530 mil casos de câncer de colo do útero e 275 mil mortes de mulheres ao ano (BRASIL, 2015 p. 18).

O papilomavirus humano tem período de incubação médio de 3 a 8 meses, podendo ficar em estado latente por muitos anos.

O tempo de latência viral e os fatores associados não são conhecidos, e o vírus pode permanecer quiescente por muitos anos até o desenvolvimento de lesões. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o desenvolvimento de lesões. A recidiva das lesões do HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de reservatórios virais do que à reinfecção pela parceria sexual. Os fatores que determinam a persistência da infecção e a progressão para neoplasias do sistema geniturinário incluem infecção por HPV de alto risco oncogênico, estado imunológico e tabagismo (BRASIL, 2015, p. 85)

O HPV possui mais de 200 variações, sendo que 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 deles estão associados ao câncer do colo do útero, conhecidamente os subtipos 16 e 18, contra os quais há vacinação; e os subtipos 26, 53 e 66, considerados de alto risco oncogênico. O vírus invade o local no corpo humano através de lesões e se instala nas camadas internas da pele e das mucosas, onde penetra no DNA da célula e fica hospedado. Futuramente ele irá se reproduzir e se espalhar pelo organismo. A infecção pelo HPV não apresenta sintomas, mas indicativos, como a presença de verrugas genitais (semelhantes a crista de galo), ou manchas em algum lugar da pele e mucosas. Nas mulheres, ainda causa infecções, corrimentos vaginais e a inflamação do colo do útero. Apesar de estar presente em homens, o HPV costuma ser assintomático e é pouco associado ao câncer peniano (CARVALHO, 2013).

No Brasil, a contaminação pelo HPV ocorre, sobretudo, em adolescentes e jovens, quando elas iniciam a atividade sexual. Por este motivo, uma das formas de prevenir a doença no Brasil tem sido a vacinação, que apesar de campanhas informativas realizadas pelos órgãos de saúde pública, têm enfrentado a resistência de alguns setores da sociedade, sobretudo dos mais conservadores. A vacinação quadrivalente (combate aos tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus, mais comuns na população brasileira) contra o HPV é gratuita e está disponível nas unidades de saúde, para meninas com idades entre 9 e 13 anos, e para mulheres soropositivas, com idades entre nove e 26 anos (BRASIL, 2015).

Além da vacinação, o uso de preservativos diminui significativamente o risco de infecção e desenvolvimento de condilomas e lesões uterinas. Contudo, no caso do HPV, o único preservativo 100% eficaz na proteção contra a transmissão do vírus é o preservativo feminino, que cobre também a vulva (exposta quando do uso do masculino). No caso do uso do preservativo masculino, o HPV pode infectar regiões genitais como a vulva, pubiana, perineal e perianal e escroto (BRASIL, 2015).

A principal forma de diagnóstico do HPV é através do exame ginecológico e de testes laboratoriais a partir da análise de amostras do tecido uterino ou do tecido da lesão. Os exames preventivos de câncer de colo de útero (Papanicolau ou citopatológico) são oferecidos nas unidades básicas de saúde e devem ser realizados por mulheres com idades entre 25 e 64 anos, com vida sexual ativa ou pregressa. A periodicidade indicada para o exame é anual nos dois primeiros anos e de três em três anos caso o resultado dos dois primeiros seja normal. O tratamento para o HPV é

individualizado e visa à remoção das lesões uterinas, acompanhada por medicação, mas não é capaz erradicar o vírus (BRASIL, 2015).

2.3.8 Hepatite B

A Hepatite B é considerada uma DST em função de também ser transmitida de pessoa para pessoa por meio de contato com sêmen, saliva e secreções vaginais durante relação sexual desprotegida. Causada pelo vírus B, também chamado de VHB, atinge as células do fígado e multiplica-se levando a inflamação do órgão podendo variar de grave a moderada. A infecção aguda pode se tornar crônica: a hepatite B crônica é uma doença de longa duração e se manifesta quando o vírus permanece no organismo da pessoa, com maior probabilidade em pessoas jovens. O vírus pode ser transmitido mesmo sem a pessoa saber que está infectada, pois elas não aparentam estar doentes (FONTES, 2008).

A Hepatite B também é transmitida ao contato com sangue, sêmen ou outro fluido infectado, através do compartilhamento de seringas, agulhas, aparelhos de barba, escovas de dente infectadas vírus, da mãe infectada para o bebê, por contato direto com sangue ou feridas abertas ou por exposição a sangue proveniente de agulhas e outros instrumentos perfurantes. De 5% a 10% das pessoas infectadas pelo vírus da Hepatite B tornam-se doentes crônicos e, destes, de 20% a 25% sofrerão com a replicação do vírus, com evolução para doença hepática avançada e o acometimento dos órgãos. São considerados doentes crônicos aqueles que permanecem com a infecção por mais de seis meses, caso contrário a doença é considerada aguda. O desenvolvimento da versão crônica, contudo, depende de fatores como a idade da infecção. As crianças são as mais afetadas, com 90% dos casos nas menores de um ano, e com variação de 20% a 50% dos casos naquelas com idades entre 1 a 5 anos. Nos adultos, o índice cai para 5% a 10% (BRASIL, 2015).

Na maioria dos casos a Hepatite B é assintomática e silenciosa. Mas, ela pode apresentar febre, fadiga, náusea, vômito dor abdominal, urina escura, fezes de cor pálida (esbranquiçada), intestino solto, dor nas articulações, pele e olhos amarelados. Os sintomas aparecem seis meses após a exposição ao vírus. Seu diagnóstico é dado por exame de sangue e no tratamento, geralmente é recomendado pelo médico, descanso, alimentação e hidratação adequada, podendo muitas vezes a pessoa ficar hospitalizada. Os casos de hepatite B crônica devem ser tratados por médico especialista com experiência sobre essa doença. O tratamento, geralmente, tem

duração de seis meses, período pelo qual o paciente deve seguir uma vida mais restrita, alimentação adequada e evitar o consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2015).

Entre as formas de prevenção, há a vacinação, que é recomendada a todos e está disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde, mas que só se torna efetiva quando realizada em três doses. A prática do sexo seguro, com uso de camisinha, também é eficaz para a prevenção da doença. Práticas de higiene, sobretudo para profissionais de saúde ou demais que lidam com objetos cortantes, como tatuadores, manicures e pedi cures, também são indispensáveis para que a contaminação não ocorra. Segundo o Ministério da Saúde, a Hepatite é uma das DSTs mais presentes no território brasileiro, mesmo com aumento da cobertura vacinal. Cerca de 10 mil novos casos da doença são notificados todos os anos no país (BRASIL, 2015).

2.3.9 Condiloma acuminado (verruga genital)

Também conhecido como verrugas venéreas, (popularmente conhecida como crista de galo), que são causadas pelo vírus *Humann papillomavírus* e a principal transmissão acontece através do sexo com pessoa infectada pelo vírus. Essas verrugas aparecem como tumores moles, úmidos, de aspecto “couve-flor”, de cor rosada ou avermelhada e crescem com rapidez. Nas mulheres aparecem na região vaginal e perineal e nos homens ocorre mais no sulco bálano prepucial e meato uretral e em homossexuais na região perianal (LOMBA, LOMBA 2000).

Seu diagnóstico torna-se fácil bastando observar o aspecto da lesão. A biópsia é que vai revelar se a lesão pode se tratar de condiloma acuminado ou de outra patologia semelhante. O tratamento pode ser cirúrgico, dependendo do número de lesões e o local onde se apresentam. Geralmente medicamentoso quando for uma única lesão (LOMBA, LOMBA 2000).

Para prevenir, recomenda-se conhecer bem o parceiro antes de iniciar contato mais íntimo, o uso de camisinha é de vital importância para impedir o contágio (LOMBA, LOMBA 2000).

2.3.10 Citomegalovírus

O citomegalovírus (CMV), pertence à família do herpes vírus, a mesma dos vírus da catapora, herpes simples e genital e do herpes zoster e se encontra em todas as regiões do mundo, podendo variar com as condições locais. É considerado um patógeno oportunista e a contaminação ocorre por meio de contato com secreções corporais contaminadas (JUNQUEIRA; SANCHO; SANTOS, 2008).

O citamelagovírus, quando entra no organismo, permanece por toda a vida da pessoa, não apresenta sintomas fazendo com que os infectados desconheçam que são portadores do mesmo (FONTES, 2010).

As manifestações clínicas podem variar de uma pessoa para outra, como mal estar, febre baixa até doenças mais graves, que podem comprometer o aparelho digestivo, sistema nervoso central e a retina. Pode ser causa de doença séria em bebês infectados antes do nascimento e pessoas com a imunidade baixa. Nos bebês infectados pode desenvolver problemas como perda de audição (FONTES, 2010).

O contágio ocorre por contato íntimo, saliva, urina, fluida corporal e pode ser transmitido pela mulher ao feto durante a gravidez (FONTES, 2010).

Causam poucos sintomas e o exame de sangue é que pode informar se a pessoa está infectada pelo citomegalovírus (FONTES, 2010).

2.4 PREVENÇÕES DE DST's NA ADOLESCÊNCIA

A transmissão de DST's é muito recorrente na adolescência, essa é a fase em que os jovens estão se descobrindo tanto psicossocialmente, quanto fisicamente, e esta descoberta sem a devida orientação pode trazer perigos para a pessoa, pois grande parte não tem acesso as informações necessárias para entrar e encarar essa fase da vida. A vontade de descobrir coisas proibidas cresce e com isso podem ocorrer consequências que acontecem ou por irresponsabilidade, ou por falta de acesso a informação e falta de comunicação (SANTOS; SANTOS, 2000).

Dados estatísticos revelam que em torno de 57,7% dos casos de AIDS ocorrem na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo que dentre estes 55,6% são homens que apresentam esta doença e 44,4% são mulheres que vivem com esta patologia. Se considerarmos o período que o portador da enfermidade pode ficar assintomático - em média de 10 a 15 anos, observa-se que a maioria dos casos de infecção de Aids deuse da adolescência ao início da idade adulta (BARBOSA, 2010, p. 01)

Os adolescentes precisam ter certos conhecimentos e habilidades que os ajudem à adotar comportamentos que previnam a contração de DST's. Alguns

adolescentes são mais suscetíveis do que outros, pois além das típicas mudanças morfológicas e psíquicas da infância, enfrentam, também, condições de vida precária como pobreza, desemprego, convivência com drogas, baixa escolaridade e violência dentro da própria casa e na comunidade, além da falta de meios de comunicação, serviço de saúde e meios de prevenção. Observa-se então, que é na educação para a saúde que se dá a forma mais eficaz de controle da epidemia, particularmente na juventude. Algumas doenças sexualmente transmissíveis podem ser facilmente tratadas e curadas, porém outras trazem serias sequelas. Essa é uma das razões por que é vital preveni-las (SANTOS; SANTOS, 2000).

A educação em saúde para adolescentes devem contemplar a saúde sexual e reprodutiva, dúvidas e receios através do tema e, também, a identificação do grupo social e cultural em qual o indivíduo está inserido, pois as estratégias adotadas devem condizer com a sua realidade para que sejam eficazes (BESERRA, PINHEIRO, BARROSO, 2008).

A camisinha masculina é uma capa fina de borracha que deve ser colocada no pênis para impedir seu contato com qualquer superfície, é um dos métodos mais eficazes para a prevenção de DST's, além de evitar gravidez indesejada, por esses motivos ela deve ser adotada em todas as relações sexuais.

A camisinha masculina impede o contato do pênis com a vagina, nas relações sexuais genitais impedindo a troca de secreções nas relações sexuais, prevenindo assim as DST's. Impede também que os espermatozóides entrem em contato com a vagina e ocorra uma gravidez.

Muitos adolescentes tem receio em usar a camisinha, principalmente do sexo masculino, pois dentre eles discorre de que a camisinha diminui a sensibilidade durante a relação sexual, persuadindo assim suas parceiras para o não uso da mesma.

Devido à falta de interesse dos meninos em usar a camisinha, as meninas devem se empoderar e fazer com que o menino mude de ideia e utilize-a. Para o empoderamento dessas meninas, elas devem ter conhecimento sobre seu corpo e saber dos riscos da não utilização da camisinha, bem como o conhecimento do uso correto da mesma. O empoderamento também deve ocorrer para que a menina tenha a autonomia para dizer não. Esse comportamento não é exclusivo para as meninas, os meninos também devem empoderar-se.

A sociedade molda os meninos para que sejam os “machos” e que são eles que devem saber o que faz-se e o que não faz-se numa relação sexual, o uso da camisinha é um exemplo, pois, muitas vezes eles não usam porque os colegas e amigos não usam, e se usar ele estará sendo tachado como o menino que as meninas mandam ou até mesmo como menina. Este pensamento deve ser desconstruído através da educação para a saúde, que faz com que os indivíduos saibam os perigos que correm ao se expor a comportamentos de risco e, conseqüentemente, se comprometem a usar.

A camisinha é basicamente feita de látex, impermeável e muito resistente, é distribuída gratuitamente em toda a rede pública de saúde e começou a ser distribuída em 1994. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

É de fácil colocação, vem embebida em lubrificante, e tem de variados tamanhos. Existe também com sabores e até sensações, o que faz com que o uso fique mais agradável.

Sempre colocar a camisinha antes do início da relação sexual e quando o pênis já estiver duro, encaixá-la na ponta do pênis com muito cuidado para não entrar ar e desenrolá-la até a base para que ele fique todo coberto. Muito cuidado para não deixar pouco espaço na ponta do pênis, pois servirá para depósito do esperma. É muito importante substituir o preservativo imediatamente em caso de ruptura da mesma (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Após a ejaculação, com o pênis ainda ereto, tirar a camisinha segurando-a pela base para não haver extravasamento de esperma. Fazer um nó na mesma e descartá-la após o uso (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

3 METODOLOGIA

3.1 PÚBLICO ALVO

O público alvo deste trabalho foram aproximadamente 170 (cento e setenta) alunos do primeiro e segundo semestre (ano de 2017), do Ensino Médio do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Joinville.

3.2 AÇÕES DE INTERVENÇÃO

A intervenção foi dividida em cinco etapas, com dinâmicas em grupos para que pudesse haver descontração entre a equipe e os alunos, e então a educação em saúde propriamente dita.

Etapa 1 – Atividade de interação com os alunos: Foram entregues folhas de papel sulfite A4 para os alunos, nas cores brancas e rosas, a qual as brancas representaram sem proteção (sem preservativo) e as rosas com proteção. Foram entregues também, adesivos coloridos onde estes representavam: Azul: HIV; Rosa: Sífilis; Prata: Hepatite B; e Dourado: Gonorreia.

Os alunos não sabiam quais os significados de cada material. E após a entrega dos materiais, os alunos circularam pela sala ao som de uma música “disseminando” esses símbolos. Ao final da música foram revelados os significados dos adesivos em uma legenda contida no Slide. Quem estava com a folha branca estava exposto a comportamento de risco e conseqüentemente “adquiriu” as doenças dos símbolos, já os que estavam com a folha rosa estavam protegidos e assim não contraíram a doença.

Etapa 2 – Cartazes produzidos pelos alunos: A turma foi dividida em dois grupos e foram entregues cartolinas em branco para cada grupo. Cada grupo foi responsável por um tema: “O que fazer para não contrair DST’s” e “O que fazer para contrair DST’s”. Os alunos tiveram 15 minutos para produzirem o cartaz de acordo com o tema.

Etapa 3 – Palestra sobre DST’s: Após a confecção dos cartazes pelos alunos, fora ministrada uma palestra educativa interativa onde foi abordado o tema Doenças Sexualmente Transmissíveis, e as formas de prevenções das mesmas, com base na Revisão de Literatura deste Projeto Integrador.

Etapa 4 – Colocação de camisinha na banana: Durante a explicação de colocação da camisinha masculina foram divididos grupos com três ou quatro integrantes, e entregue uma banana para cada grupo, onde o objetivo era ensiná-los e vê-los praticando colocar e retirar a camisinha masculina.

Etapa 5 – Perguntas anônimas: Ao início de cada encontro foram entregues folhas para que os alunos fizessem perguntas sem nenhum tipo de identificação, para evitar constrangimentos, ao final da palestra os papéis foram recolhidas e assim sanadas as dúvidas dos alunos.

Foram realizadas cinco intervenções e cada uma teve a duração de uma média de duas horas. Para cada intervenção usou-se o diário de campo como instrumento de registro. O diário de campo é uma opção para registro de tudo que ocorreu durante os encontros, onde se anotavam a quantidade de alunos presentes nas salas de aula, perguntas mais recorrente e tudo que se notava relevante nos encontros.

3.3 AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A avaliação foi realizada através das perguntas dos alunos, sendo assim observado: que tipo de dúvidas surgiu durante a palestra; se foram sanadas tais dúvidas. Para registro dos pontos altos da palestra, utilizou-se um diário de campo. Também foi observada a forma como os alunos se envolveram com a palestra.

4 RESULTADOS

As palestras foram ministradas nos dias: 15, 21, 22, 23 e 30/03 de 2017 nas dependências do IFSC, para 170 alunos do ensino médio.

A equipe, visto ser a primeira intervenção em saúde sobre o tema a ser realizada pelo grupo, demonstrou-se bastante ansiosa, o que se considera normal para um primeiro encontro, o que nas palestras seguintes já minimizou bastante fluindo assim até a conclusão do trabalho.

Em todos os encontros foram observados: interação positiva da equipe, domínio do assunto repassado aos adolescentes, interação com os adolescentes, fazendo assim com que eles se sentissem a vontade para questionamentos.

Na etapa 1, a dinâmica das figuras fluiu de forma descontraída em todos os encontros, todos os alunos mostraram-se ansiosos para saber os significados dos adesivos e das folhas, gerando palpites de alguns do que poderia ser. A maioria dos alunos escolheram a folha de cor rosa que representava “sexo com proteção” assim, de forma hipotética não contraindo as doenças. O objetivo da dinâmica foi entendido. Notou-se que havia em cada sala pelo menos um ou dois alunos, principalmente do sexo masculino, que se mantinham mais tímidos e sem maior interação com os colegas.

Em sequência foi iniciada a palestra em forma de slide (Power Point) sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, onde se abordou sobre as doenças sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção, que estão contidas na

Revisão de Literatura deste presente Projeto Integrador. Os alunos mostravam-se atentos e com poucas dúvidas durante o andamento da palestra. Notando-se comportamento positivo dos alunos durante as palestras, e apenas no encontro do dia 30/03 houveram mais momentos de conversas paralelas entre os alunos, o qual atrapalhou a equipe.

A segunda dinâmica, foi ministrada após a etapa 3, antes de ser abordado sobre as prevenções, foi para fins de avaliar o nível de conhecimento dos alunos. Aconteceu com a divisão da sala em dois grupos, onde um grupo teria como tema “Como não contrair DST’s” e o outro “Como contrair DST’s”. No primeiro encontro, cada equipe recebeu uma cartolina e então se contou um tempo de aproximadamente dez minutos para que as equipes fizessem seus cartazes. Nos encontros que se sucederam a equipe entrou em acordo e utilizaram o quadro de cada sala de aula para dar vida a dinâmica, onde o quadro era dividido em duas partes e cada equipe com seu tema escreviam os tópicos. Após o tempo determinado, corrigiu-se as respostas para todo o grande grupo, comparando com o que havia sido falado durante a palestra.

A etapa 4 ocorreu durante a palestra, na parte de prevenção, onde havia a explicação sobre preservativo masculino, deu-se com a formação de grupo em torno de 3 a 4 alunos, e estes receberam uma banana com a intenção de colocar um preservativo masculino na mesma com objetivo de avaliar se os mesmos tinham conhecimento de como colocar preservativo de forma correta para evitar a transmissão de DSTs. Alguns alunos mostravam-se tímidos em relação a essa dinâmica, porém a achavam engraçada. No primeiro encontro essa dinâmica foi explicada a forma correta de como colocar o preservativo e depois os alunos executaram a tarefa. Já nos outros quatro encontros sucessores, por decisão da equipe, foram visto que seria melhor primeiro eles executarem a tarefa e depois seria explicada a forma correta comparando com os erros cometidos pelos jovens. Notou-se bastante dificuldade na hora do manuseio do preservativo, desenrolavam de forma errada e deixavam pouco espaço para o depósito de esperma. Os alunos no começo sentiram-se receosos para tal dinâmica, porém aos poucos foram sentindo-se mais seguros e envolvendo-se com a prática. No encontro do dia 15/03 um aluno colocou cinco preservativos em uma só banana, foi o orientado que não poderia, pois devido ao atrito seria fácil rompê-las.

Na sequência, passaram-se dois preservativos femininos, para que os alunos pudessem ver. Com a Peça Anatômica do Genital Feminino foi mostrado como é colocado o preservativo feminino. Os estudantes tinham pouco contato com a

camisinha feminina comparada à masculina. No encontro do dia 22/03 a equipe chamou um aluno para que ele mostrasse qual a forma de colocação da camisinha, ele mostrou-se confuso e não colocou de forma correta na prótese, apertando em forma de oito, e introduzindo no canal vaginal, o anel errado. A equipe mostrou a forma correta e avaliou como entendido pelos alunos.

Após cada encontro, solicitou-se um feed back pelos alunos palestrantes para os adolescentes e professores presentes em sala, para que tivessem um retorno da qualidade da palestra, recebendo assim uma boa avaliação, desta forma, aprimorando a desenvoltura a cada encontro.

Para avaliação de cada encontro, foram analisados os dados em um diário de campo. (Apêndice A)

O diário de campo constitui-se em um instrumento que tem como objetivo possibilitar a sistematização das observações e dos dados coletados [...]. Esse instrumento tem a finalidade de estimular o desenvolvimento da habilidade de redação e incitar a construção do pensamento crítico, a partir da descrição de cenas vivenciadas pelos alunos nas atividades práticas da disciplina (SOARES, SILVEIRA, SILVEIRA, et al, 2011).

O diário de campo utilizado pelos alunos elaboradores deste projeto foi de suma importância para que houvesse um registro do que aconteceu nas palestras, para que assim pudesse ser feito o relatório de resultados. O diário foi usado como forma de registro para organização dos dados coletados, como por exemplo, se houve interação positiva do público alvo em cada dinâmica realizada.

Os assuntos mais questionados foram sobre hepatite, colocação da camisinha, contágio oral, e a mais questionado foi HIV. No penúltimo encontro do dia 23/03 houve questionamento por parte de um aluno que estava com sintomas e desconfianças de ter contraído uma DST. Foram esclarecidas suas dúvidas e orientado a procurar a Unidade de Saúde mais próxima à sua residência para atendimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral realizar medidas informativas e educativas em salas de aula, para alunos do Ensino Médio da rede pública, sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e ficou confirmada a hipótese dos pesquisadores de que há uma carência de informação aos adolescentes sobre este tema.

As intervenções em forma de palestras e dinâmicas de grupos ocorreram conforme o planejado sem limitações e foi possível constatar que os alunos de ensino

médio do Instituto Federal de Santa Catarina de Joinville, que participaram dos eventos, a maioria não tinha conhecimentos necessários sobre as doenças sexualmente transmissíveis e conseqüentemente sua prevenção.

Este trabalho foi de suma importância para que, os alunos do Instituto Federal de Santa Catarina, tivessem conhecimento sobre as principais DST's e suas formas de prevenção. Os resultados obtidos foram bastante satisfatórios pelo envolvimento e curiosidade dos adolescentes.

Para que houvesse maior receptividade e interação dos adolescentes, usou-se uma forma mais dinâmica de abordar o assunto gerando resultado positivo. Dado o exposto, é importante esse tipo de trabalho com adolescentes, para que eles prestem mais atenção porque estão interagindo com o palestrante e não apenas ouvindo passivamente, fazendo assim que haja um bom resultado, entendimento e aproveitamento da palestra pelo público alvo independente do tema.

A equipe estava com receio no primeiro encontro, pois não sabia qual seria a receptividade dos adolescentes, porém foram recebidos muito bem e acabou sendo muito divertido e satisfatório ministrar a palestra.

Diante do resultado, constatamos a necessidade de que estas intervenções sobre DSTs tenham continuidade, sejam em escolas públicas ou particulares, e sugerimos que sejam inseridas nas atividades educativas escolares permanentemente, com a intenção de informar os adolescentes para que estejam preparados quanto ao início da vida sexual objetivando a prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

REFERÊNCIAS

A Aids na Adolescência. (Publicado em 1º de dezembro de 2003. Revisão em 25 de novembro de 2015. Copyright 2015 Bibliomed, Inc. Disponível em <<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3867/-1/a-aids-na-adolescencia.html>> Acesso em: 26 maio de 2016.

ARRUDA, S.; CAVASIN, S. Escola, orientação sexual e programas preventivos. In: BRASILIA. Ministério da Saúde. **Prevenir é Sempre Melhor.**/Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: SA; SC 2000. p. 14. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/157prevenir.pdf>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

BARRAVIERA, S. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Ed. 1. São Paulo: EPUB, 2003.

72 p, v 1.

CARVALHO, JULIO. **O que é HPV?** (Coordenação Centro do HPV). Disponível em <http://www.hpvonline.com.br/sobre-hpv/o-que-e-hpv/>. Acesso em maio de 2016.

BIBLIOMED. **A Aids na Adolescência**. (Publicado em 1º de dezembro de 2003. Revisão em 25 de novembro de 2015. Copyright 2015 Bibliomed, Inc. Disponível em <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3867/-1/a-aids-na-adolescencia.html>. Acesso em maio de 2016.

BRASIL, 2015. Ver.Pan-Amaz Saúde (online), vol. 6, n.3, pp. 27-34,2015. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232015000300004&script=sci_abstract&tlng=pt

CARNEIRO, R. F; SILVA, N. C; ALVES, T, A. **Educação sexual na adolescência: Uma abordagem no contexto escolar**. Sobral, V.14, n.01, p.105, jan./jun. – 2015 Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/617/334> > Acesso em: 21 de agosto de 2016.

CRUZ, CIBELE FERRARINI NASCIMENTO. **Hepatite B**. (Apresentado por Sociedade Brasileira de Imunologia e Federação Brasileira de Gastroenterologia). Disponível em <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/hepatite-b>. Acesso em maio de 2016.

EISENSTEIN, EVELYN. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente/UERJ. Rio de Janeiro, v. 2, nº 2, p. 6-7, abr/jun 2005. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167. Acesso em 22 de maio de 2016.

FONTES, H.A.F, Texto: National Institutes of Health (NIH), 2009. Disponível em <http://www.copacabanarunners.net/tipos-dst.html>

JUNQUEIRA, JADER JOEL MACHADO; SANCHO, TALITA MARÇAL; SANTOS, VERA APARECIDA DOS. **Citomegalovírus: Revisão dos aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e de tratamento.** Revista NewsLab. São Paulo, Ed. 86, p. 88-104, 2008. Disponível em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/03/citomegalovirusrevisao.pdf>. Acesso em maio de 2016.

LEAL, MARTA MIRANDA. Contracepção na Adolescência. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente.**/Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: ML, 2006. p. 133-144. Disponível em: http://h200137204119.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf Acesso em: 22 maio 2016.

LOMBA, MARCOS; LOMBA, ANDRÉ. **Resgate Saúde - Medicina Sexual.** O Estudo da Sexualidade Humana. Ed. 1, Olinda: Grupo Universo, 2000. p. 80-95.

LOURENÇO, BENITO; QUEIROZ, LÍGIA BRUNI. **Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência.** Rev Med. São Paulo, v. 89, n. 2 p. 70-5, abr./jun. 2010. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46276/49930>. Acesso em 22 de maio de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Boletim Epidemiológico, 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília – DF, 2015. Disponível em: : www.aids.gov.br.

MS/SVS/Departamento de DST,Aids e Hepatites Virais, Boletim Epidemiológico, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf

O DIÁRIO DE CAMPO UTILIZADO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO TRABALHO DA ENFERMAGEM. Belo Horizonte: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, n. 4, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a10.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

RIBAS, Taissa Roberta, Universidade Tecnológica do Paraná, 2008. Disponível em: <http://aa.med.br/upload/biblioteca/Doen%E7as%20Sexualmente%20Transmiss%EDveis.pdf>

SANT'ANNA, M. J. C.; COATES, V. Gravidez na adolescência: um novo olhar. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente.**/Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. p.153. Disponível em: http://h200137204119.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf Acesso em: 22 maio 2016.

SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. Linhas de ação da prevenção. In: BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Prevenir é Sempre Melhor.**/ Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: VLS; CES 2000. p. 10. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/157prevenir.pdf> Acesso em: 22 maio 2016.

TAQUETE STELLA R; VILHENA MMARILIA MELLO; DE PAULA MARINA CAMPOS. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 37(3): 210-214, maiojunho, 2004.

