

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
CAMPUS DE BOTUCATU

ETANOL E COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO

Edgar Virgílio de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Francisco Eduardo Martinez

**Monografia apresentada ao
Departamento de Educação do
Instituto de Biociências da
Universidade Estadual Paulista,
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de Licenciado em Ciências
Biológicas.**

**BOTUCATU – SP
2008**

EDGAR VIRGÍLIO DE OLIVEIRA

ETANOL E COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO

Orientador: Prof. Dr. Francisco Eduardo Martinez

**Monografia apresentada ao
Departamento de Educação do
Instituto de Biociências da
Universidade Estadual Paulista,
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de Licenciado em Ciências
Biológicas.**

**BOTUCATU – SP
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Oliveira, Edgar Virgílio de.

Etanol e comportamento sexual de risco / Edgar Virgílio de Oliveira. –
Botucatu : [s.n.], 2008.

Trabalho de conclusão (licenciatura – Ciências Biológicas) – Universidade
Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Botucatu, 2008
Orientador: Francisco Eduardo Martinez

1. Adolescentes - Comportamento sexual - Ensino médio
2. Alcoolismo
3. Doenças sexualmente transmissíveis

Palavras-chave: Adolescente; Comportamento; DST; Etanol; Prevenção

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família,
minha base forte.
Pelo amor e por sempre acreditarem em mim.
Amo vocês!

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Chico por acreditar em mim e pelos gloriosos momentos de reflexão. Que nós nunca percamos a esperança em tudo o que fizermos.

À minha mãe, mais uma vez, pela sua luta, força e amor.

Ao meu avô-amigo-professor, Oswaldo Virgílio de Oliveira, pelos momentos prazerosos que tivemos juntos, dos quais nunca me esquecerei. Peço-lhe a benção.

Ao meu pai, pelo amor e empenho. Saudade!

Aos meus irmãos: Rafael, Juliana e Davi, pelo carinho, paciência e amor. Obrigado! Amo vocês também.

Ao Gustavo pela amizade, amor, dedicação e apoio.

Silmara e Guilherme, obrigado por tornar os momentos difíceis mais agradáveis. Serei eternamente grato! Deus acompanhe suas vidas.

Aos amigos, pelos momentos prazerosos e insubstituíveis que passamos juntos.

Às amigas da seção de graduação do Instituto de Biociências: Iolanda, Ana, Cristiane, Fátima e Rosalva pela dedicação, carinho, preocupação e esforço dispensados.

A Deus, por tudo. Obrigado!

Sumário

Resumo.....	8
Introdução.....	9
Etanol.....	10
Sexualidade.....	13
Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	16
Adolescência e Comportamento Sexual de Risco.....	36
Metodologia.....	38
Resultados.....	39
Discussão.....	40
Considerações Finais.....	41
Referências Bibliograficas.....	42
Anexos.....	47

“A libertação dos indivíduos só ganha profunda significação quando se alcança a transformação da sociedade. O sonho se faz uma necessidade, uma precisão.”
(FREIRE, 1992, p.100)

Resumo

O aumento da incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em alunos do ensino fundamental e médio está ocorrendo no mesmo período em que se dá o crescimento da prevalência de consumo de etanol nesta faixa etária. Alguns estudos têm demonstrado a relação entre o uso de etanol e comportamentos sexuais de risco na adolescência. O aumento do número de publicações das relações entre o uso de substâncias psicoativas e as DSTs revela a crescente preocupação dos pesquisadores da área de saúde mundial com esses dois problemas importantes. Essas questões atingem uma camada importante da população – os adolescentes – podendo interferir no desenvolvimento desses indivíduos que constituirão a população adulta e produtiva da sociedade no futuro.

Há muitos trabalhos de conscientização contra o alcoolismo ou DSTs visando o público jovem, porém há poucos que correlacione os dois temas. Portanto, o presente trabalho se propôs a estudar a relação entre o consumo abusivo de etanol, como substância psicoativa, e o comportamento sexual de risco através do levantamento do perfil de estudantes do Ensino Médio em uma Escola Estadual da cidade de Botucatu, evidenciando a real importância de adoção de estratégias pedagógicas mais efetivas que trate dos temas em questão.

O uso de etanol nessa população mostrou estar associado ao aumento no número de estudantes com vida sexual ativa, diminuição na idade de iniciação sexual, menor uso de preservativo e atos de arrependimento e violência. Conclui-se, assim, a necessidade da escola, enquanto espaço privilegiado da informação e saber, ater-se em programas que tratem dos temas em questão (drogas e sexualidade) oportunizando o diálogo e a reflexão.

Introdução

As DSTs e o uso abusivo de bebidas alcoólicas são atualmente vistas como problemas de saúde pública, sendo a escola o local privilegiado de implementação de políticas públicas que promovam a saúde de crianças e adolescentes. Assim, esses temas foram incluídos no ensino, de acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), classificados como temas transversais a fim de que sejam abordados em todo o campo do saber, fazendo com que os alunos construam uma visão ampla dos temas em questão.

No campo específico do uso de qualquer droga, lícita ou não, e de comportamentos sexuais de risco é importante reconhecer que, com a educação, a escola, através dos temas transversais, alcança um campo de intervenção social que lhe era até então relativamente restrito: a vida social e sexual dos alunos. A partir de então, ela passa a normatizar quantidades, parcerias e formas de relação sexual permitidas, definindo, muitas vezes de modo claramente coercitivo, novos padrões de comportamento. De fato, a questão da mudança de hábitos, particularmente nos campos diretamente implicados na transmissão de DSTs e no uso abusivo de etanol está bem longe de ser simples e transcende, sem dúvida, o aspecto estritamente informativo, como pode ser observado nos resultados obtidos em diversos estudos sobre conhecimentos e atitudes relacionados à infecção (Fernandes *et al.*, 1992). É preciso ter claro que, se por um lado interessa aos serviços de saúde e ao Estado o controle desses parâmetros, é fundamental reconhecer clara e explicitamente a responsabilidade e o livre-arbítrio dos cidadãos em definir a conduta que lhes convém em relação a sua própria saúde, cabendo ao indivíduo o reconhecimento da importância da auto-responsabilidade, mesmo admitindo que este tempo guarde uma série de indefinições e ambigüidades.

Segundo Viera (2007), existe necessidade de adoção de práticas educativas mais eficientes, principalmente no ambiente escolar, devido a alguns resultados encontrados, como os limites de informações ou conhecimento insuficiente e errôneo sobre as práticas preventivas quanto à aquisição das DSTs, associado a isso o uso abusivo de etanol e o baixo nível de escolaridade, resultados do sistema educacional desestimulante que tem o dever de levar a informação correta até o público alvo (BORGES, 2004).

Etanol

Aspectos históricos

O consumo de bebida alcoólica é um ato presente na história da humanidade, preferidas por suas propriedades tônicas e euforizantes, aliviando a angústia e libertando tensões. Mello *et al.* (2001) afirmam que desde os tempos mais remotos são conhecidos os efeitos patológicos das bebidas fermentadas. Através de estudos arqueológicos e bibliográficos é possível afirmar que as bebidas alcoólicas foram utilizadas e conhecidos os seus efeitos há algumas dezenas de milhares de anos antes mesmo da era cristã. Acredita-se que aproximadamente 3000 a.C. sejam uma das referências mais antigas ao consumo de bebidas alcoólicas, no período paleolítico e de forma accidental, o homem conhece os efeitos do mel fermentado. Vários povos conheceram e desenvolveram as artes da fabricação de bebidas alcoólicas e seus efeitos, destacando-se os egípcios, gregos e romanos. Inicialmente, as bebidas tinham conteúdo alcoólico relativamente baixo, como, por exemplo, o vinho e a cerveja, já que dependiam exclusivamente do processo de fermentação, mas com o advento do processo de destilação, introduzido pelos árabes na Europa do século XI, sobretudo na França, surge o processo de destilação do vinho, originando bebidas de maior graduação alcoólica. Nessa época, esse tipo de bebida passou a ser considerado remédio para todas as doenças, pois dissipavam preocupações, aliviavam dores mais rápido do que a cerveja e o vinho, surgindo, então, a palavra uísque (do Gálico, *usquebaugh*, que significa “água da vida”).

Na antiguidade, ainda não havia preocupação com o alcoolismo crônico, mas a embriaguez já era considerada perturbação a ser evitada. Só na metade do século XIX, na França, é que surge o conceito de alcoolismo como doença e não apenas vício. É também nesse país que surge a preocupação com o crescente consumo médio anual de etanol. Desde então, pesquisas científicas sobre os padrões de consumo e metabolismo do etanol vêm mostrando os efeitos prejudiciais que seu uso inadequado pode causar ao organismo.

Para Carvalho (2003), após a década de 70, o melhor poder de compra e a liberalização dos costumes contribuíram para a progressiva agressividade das cervejarias e das empresas de comercialização de bebidas destiladas e criaram novos hábitos. O aumento da sociedade de consumo e a globalização vieram aumentar o leque de bebidas disponíveis, concomitantemente, com o discurso anti-etanol.

Para Alarcão (2003), perdeu-se a aprendizagem que permite a interiorização de bons hábitos de consumo de etanol e que seria o projetar de futuros comportamentos de risco. Que métodos

pedagógicos utilizar para que essa aprendizagem se efetue e que seja mais eficaz que a televisão, revistas, cartazes que nos envolvem a idéia de que a bebida alcoólica traz prestígio, poder, sedução, afirmação pessoal, alegria, bem estar e sensações fortes? Perante a dualidade de mensagens contraditórias será mais fácil optar pela ação, como forma de libertação de tensões, podendo, assim, acontecer a ingestão excessiva de etanol.

Outros Dados

Como já citado, o consumo de bebidas alcoólicas é comportamento adaptado à maioria das culturas, sendo seu uso associado a celebrações, situações de negócios e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais, tornando-se a substância psicotrópica mais consumida no mundo. Contudo, o abuso de etanol, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, tem alcançado proporções massivas, estando associado a uma série de conseqüências adversas. Segundo dados de 2004 da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, sendo seu uso indevido um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes. Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, com seu impacto danoso considerado entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (Meloni e Laranjeira, 2004; World Health Report, 2002).

De acordo com o Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do etanol e 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. O mais preocupante é que pesquisas indicam o consumo de etanol em faixas etárias cada vez mais precoces, sendo a substância mais utilizada pelos adolescentes. Essa última afirmação se apóia em uma série de fontes, incluindo levantamentos entre estudantes (Galduróz e Caetano, 2004; Noto, 2004), pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua (Noto, 1998; Noto, 2004) e levantamentos domiciliares conduzidos em 1999, 2001 e 2005 (Galduróz, 2000; Carlini *et al.*, 2001, 2005).

Levantamento entre estudantes do ensino fundamental e médio mostra que 65% de todos os estudantes já fizeram consumo de etanol em algum momento de suas vidas, com 41% das crianças da faixa etária entre 10 e 12 anos já tendo experimentado bebidas alcoólicas ao menos uma vez na vida em 2004. Ainda aponta que 11% dos estudantes consomem etanol freqüentemente (conceituado como

seis ou mais vezes no mês) e 7% fazem uso pesado (20 vezes ou mais no último mês) o que é razão para preocupação. Entre todas as substâncias psicotrópicas avaliadas no levantamento, o etanol apresentou a menor média de início do consumo, pouco mais de 12 anos de idade.

Os levantamentos entre crianças e adolescentes em situação de rua, realizados até agora apontam que o consumo de drogas, incluindo o etanol é bastante alto entre crianças e adolescentes de 9 a 18 anos. Para esses jovens o etanol não aparece como droga favorita, mas seu consumo recente (últimos 30 dias) de 43% nas cidades pesquisadas e o consumo semanal ou diário chegava a 22% no último ano pesquisado.

A primeira pesquisa domiciliar no Brasil, publicada em 1999, forneceu dados sobre 24 cidades com mais de 200.000 habitantes no Estado de São Paulo. Como esperado, as bebidas alcoólicas ocuparam o topo da lista das substâncias psicotrópicas utilizadas. Entre adolescentes de 12-17 anos, o uso na vida foi de 35% e 2% desses jovens relataram ter tido problemas com o consumo de etanol. Em 2001, foi publicada o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, onde 107 cidades com mais de 200.000 habitantes fizeram parte da pesquisa, representando 39% da população brasileira. O uso na vida de etanol foi de 48% entre os adolescentes de 12-17 anos e de 73% para os jovens de 18-24 anos. Do total de pessoas entrevistadas, 4%, entre 12-17 anos, relataram ter problemas relacionados ao consumo inadequado do etanol, enquanto 10% entre 18-25 apresentam tal característica. Galduróz (2003) comparou esses dois levantamentos domiciliares analisando todas as faixas etárias e concluiu que o uso na vida de bebidas alcoólicas aumentou durante os dois anos de diferença na realização dessas pesquisas.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pela Senad em parceria com o Cebrid – Unifesp, envolveu as 107 maiores cidades do país, apontando aumento no consumo de bebidas alcoólicas pela população brasileira nos últimos quatro anos. Onde 54,3% dos adolescentes (12-17 anos) e 78,6% dos jovens (18-24 anos) já fizeram o uso de etanol na vida. Problemas relacionados ao consumo de etanol foram relatados por 5,7% e 12% dos entrevistados nas faixas etárias entre 12-17 anos e entre 18-24 anos, respectivamente.

Em síntese, esses dados sugerem dois pontos fundamentais: há a necessidade de se dar mais ênfase aos estudos epidemiológicos no Brasil, não só com a ampliação, como também a renovação sistemática dessas pesquisas. O etanol, certamente, contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país.

Sexualidade na Escola

Segundo Figueiró (2001), a Educação Sexual vem sendo reconhecida, pela maioria dos professores, como necessária e importante no processo formativo dos alunos. Muitos se preocupam e se sentem, em vários momentos, inseguros e até temerosos diante dessa tarefa. Sabemos que todo o processo formativo dos professores, tanto no Magistério, quanto nas licenciaturas, não os prepara para abordar a questão da sexualidade no espaço da escola. Portanto, é compreensível o sentimento de insegurança e a preocupação. Qual seria o papel do professor que se dispõe a falar sobre sexualidade no espaço da escola? Alguns pais se preocupam, justamente, por temer que os professores passem, para seus filhos, os valores que eles, professores, defendem. Assim, por exemplo, pais conservadores, que defendem a virgindade até o casamento (para as filhas, na maioria das vezes), temem que professores possam pregar valores divergentes, incentivando, no caso, o sexo antes do casamento. O contrário também pode acontecer, ou seja, pais que pretendem que seus filhos sejam livres para decidir, com responsabilidade, sobre sua vida sexual, temem que professores conservadores venham lhes inculcar idéias de pecado. Teriam direito, os professores, de influenciar seus alunos com seus valores pessoais sobre o que consideram certo ou errado? Certamente não. Cabe a eles criar oportunidades de reflexão para que os alunos pensem e discutam com os colegas a fim de que formem sua própria opinião sobre sexo pré-matrimonial, masturbação, homossexualidade e aborto, entre outros. Cabe também ao professor fazer com que os alunos tenham acesso a informações claras, objetivas e científicas sobre a sexualidade.

Inicialmente, é preciso que tenhamos clareza sobre o significado do sexo e da sexualidade. O primeiro está relacionado diretamente ao ato sexual e à satisfação da necessidade biológica de obter prazer sexual, necessidade que todo ser humano, seja normal ou com necessidades educacionais especiais, traz consigo desde que nasce. Sexualidade, por sua vez, inclui o sexo, a afetividade, o carinho, o prazer, o amor ou o sentimento mútuo de bem querer, os gestos, a comunicação, o toque e a intimidade. Inclui, também, os valores e as normas morais que cada cultura elabora sobre o comportamento sexual. Apesar da abrangência maior da sexualidade, merecem ser devidamente considerados o papel e o valor do sexo, assim Machado (1995) o conceitua como “um modo de as pessoas se encontrarem e fazerem desse encontro um momento agradável e prazeroso, cheio de atos carinhosos e tornando as pessoas íntimas e ligadas entre si” (op. cit., p. 60). Atualmente, muitas são as publicações com a finalidade exclusiva de propor técnicas de ensino da sexualidade. Veremos um apanhado geral das várias possibilidades para pensá-las a partir do contexto da escola inclusiva,

buscando a reflexão dos elementos norteadores fundamentais na seleção da estratégia, bem como de alguns princípios que devem anteceder a própria busca por estratégias (Figueiró, 2001).

Antes de tratarmos dos vários modelos de estratégias usados atualmente no ensino da sexualidade, seria de grande valia retomar a proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) para o tema em questão. Como já mencionado acima, nos PCNs, a Educação Sexual está inserida nos temas transversais, ou seja, deve ser tratada de maneira transdisciplinar permeando todas as áreas do saber. Sendo assim, deve ser ensinada nas aulas de História, Geografia, Matemática, Língua Portuguesa e estrangeira, Ciências Naturais, Arte e Educação Física. De acordo com Figueiró (1996, 2001), a Educação sexual nos PCNs pode ser incluída de duas formas: a) “dentro da programação”: o conteúdo de sexualidade proposto é organizado, planejado e dividido entre os professores, capazes e que queiram ensinar sobre sexualidade de cada série. b) como “extra-programação”: todo e qualquer professor, sem planejamento prévio, aproveita a situação, um fato que acontece espontaneamente, para, a partir daí, ensinar sobre sexualidade, ou transmitir uma mensagem positiva. Aproveita, enfim, para educar sexualmente.

As escolas, além da transversalidade proposta pelos PCNs, ainda pode criar espaço e horários próprios para que os alunos tenham, semanalmente ou quinzenalmente, por exemplo, aula específica de Educação sexual. Podendo ser dentro do horário regular, ou em horário extra, ou seja, num período onde os alunos não tenham aula. Vejo assim, uma oportunidade para que o sexo e os assuntos que o envolve sejam tratados com mais empenho nos sistemas de ensino do nosso país, uma vez que não são pequenos os nossos problemas sexuais, como DSTs e gravidez na adolescência. O espaço dedicado nas escolas, proposto pelos PCNs, para o ensino dos temas que envolvem a sexualidade podem não estar se dando de maneira significativa, uma vez que a transversalidade pode não estar ocorrendo de maneira transdisciplinar, bem como atuação de profissionais despreparados para o assunto. Como exemplo, cito uma ilustração, trazida por Figueiró (1999) em seu trabalho, onde alunos da 3º série do ensino médio faziam atividade em grupo a fim de aprenderem a procurar palavras no dicionário. De repente, a professora começou a ouvir risos e, ao indagar sobre os motivos da manifestação, alguém explicou que era porque estavam procurando as palavras: pinto e boceta. Então, a professora foi até a lousa, escreveu ambas as palavras no quadro e pediu para o aluno ler o significado apresentado pelo dicionário e ia escrevendo para todos acompanharem. Ficou escrito que pinto é o filho da galinha ou franguinho e que boceta é caixinha redonda ou oval. A professora finalizou o caso com as seguintes frases: “Viu, gente, o que significam essas palavras? Não é nada do que vocês estão pensando!” (FIGUEIRÓ, 1999, p. 89). A turma ficou em silêncio e pareceu ter

aceitado a resposta. É possível crer que tenham percebido que a professora quis desconversar o assunto. Com isso, a professora perdeu a oportunidade de conversar sobre os apelidos dados aos órgãos sexuais e seus nomes científicos. Fazê-lo, ajudaria os alunos a encararem com naturalidade os termos e, portanto, contribuiria para a educação sexual dos alunos. Educar sexualmente é criar oportunidades para o aluno expressar seus sentimentos, angústias e dúvidas, refletir sobre suas atitudes e rever preconceitos. E o professor deve ser a pessoa que cria as condições para o aluno aprender, ao invés de ser simples transmissor de conhecimentos.

Vitiello (1997) sugere a dinâmica da “dessensibilização pela palavra”, que consiste, justamente, em criar oportunidades para que os educandos pronunciem, em situação de grupo, as terminologias científicas e, em especial, os apelidos ligados aos órgãos sexuais, assim como todas as palavras que têm a ver com sexo. Na seqüência dessa dinâmica, é importante dar espaço para que cada um possa refletir e falar sobre os sentimentos que as palavras mobilizaram durante o exercício ou vem mobilizando em sua vida cotidiana. Pode ser funcional com educandos das várias faixas etárias, assim como com professores em situação de formação. Este modo de trabalhar pode contribuir para erradicarmos de vez, das escolas, a idéia de que se faz educação sexual chamando profissionais para ministrar palestras aos alunos.

Vale salientar que a aula que trata de questões sexuais não deve se limitar à aulas expositivas, embora, em vários momentos ela pode fazer-se necessária, pois há conteúdos básicos que requerem explanação teórica por parte do professor, sendo preciso cuidado para que não se torne monólogo, onde apenas ele exponha, mas, pelo contrário, que consiga desenvolver a aula expositivo-dialogada, no qual o aluno é envolvido, ativamente, no processo de explicação do conteúdo, seja por perguntas que lhe são lançadas, seja por exemplos que lhe são solicitados e pela possibilidade de participar com opiniões, colocação e dúvidas e expressão de sentimentos, conforme defendem Ronca e Escobar (1984).

Uma segunda opção seria a abordagem do tema através de debate, que pode servir também como complemento da aula expositiva. O debate possibilita a troca de idéias entre os educandos sobre o tema em estudo, possibilitando o contato com diferentes posicionamentos para, a partir daí, formar suas próprias opiniões e se preparar pra tomar decisões próprias.

Outra estratégia, muitas vezes utilizada para tratar a sexualidade nas escolas, é através da dramatização. Como, por exemplo, pedir para que os alunos dramatizem a conversa entre um casal de namorados, ou personagens de uma festa onde terão que tomar decisões a cerca de sua sexualidade e suas conseqüências como, proteção, gravidez, virgindade, DSTs e HIV. Sempre fazendo discussão

após a encenação para que se dê oportunidade para se falar sobre os pensamentos elaborados durante a encenação e como se sentiram.

Segundo Paiva (2000), o drama torna a conscientização de si mesmo e das conversas culturais que bloqueiam a encenação da vontade mais significativa, bem mais carregada emocionalmente do que a falação em grupo. Uma cena viva tem mais legitimidade para um público com pouca paciência para escutar discursos conceituais ou que tem pouca prática de refletir sobre o próprio texto (ou fala).

Se tivermos como princípio norteador a concepção de que o aluno deve ser visto como ativo em todo o processo de aprendizagem, é necessário atentar, também, para a possibilidade de busca, por ele mesmo, de conhecimento, de idéias e de informações, como forma de completar todo aprendizado que ocorre no espaço da sala de aula, planejado e coordenado pelo professor. No caso da busca pelos alunos, além da pesquisa, a leitura deve ser encarada como estratégia de excelência, ressalta Figueiró (2001): “O potencial dinamizador da educação sexual poderá ser explorado em toda a sua extensão, se for aliado a um trabalho de instrumentalização do educando para que seja sujeito ativo em todo o processo de aprendizagem. Uma das melhores e mais completas formas de se chegar a isso é através da formação do leitor. À medida que o professor desenvolve no aluno o gosto pela leitura e o ajuda a encarar os livros como fontes de informação, onde ele pode buscar, além do conhecimento e entretenimento, respostas para dúvidas, o estará instrumentalizando para que possa continuar se auto-educando e se atualizando constantemente ao longo de sua vida (p. 161).

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Estamos em 2008 e as doenças sexualmente transmissíveis (DST) ainda se constituem num dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Reflexo da falta de informação, tendo como consequência a falta de prevenção de maneira adequada, padecendo desnecessariamente de males, que já deveriam ter sido erradicados há tempo, pelos excelentes medicamentos disponíveis e simultânea adoção de corretos hábitos de vida, como a não promiscuidade. Muitos indivíduos contaminados, após tratamento, mesmo obtendo a cura, têm, algumas vezes, seqüelas irreversíveis, outros perdem suas próprias vidas pela gravidade a que algumas doenças sexualmente transmissíveis não tratadas podem atingir.

Segundo o Ministério da Saúde, no mundo todo, um entre 20 adolescentes contrai algum tipo de DST a cada ano. Diariamente, mais de sete 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. É de extrema importância ressaltar que a maioria dos casos de transmissão do HIV (80%) ocorre devido a práticas sexuais sem proteção, sendo que na presença de uma DST o risco de transmissão é três vezes maior.

A adolescência, por ser uma fase de transição e conflitos na qual o comportamento sexual e os padrões reprodutivos estão altamente susceptíveis a influências da sociedade, torna-se o período mais vulnerável para se contrair DST, em especial a AIDS. A sexualidade, neste sentido, ganha ampla conotação dentro do contexto sociocultural e biológico nos quais o jovem está inserido, sendo demonstrado que esta diminuição da idade de início das práticas sexuais, a multiplicidade de parceiros e a ausência de atos preventivos, aliados a hábitos socioculturais e crenças, apresentam-se como fatores relevantes pela vulnerabilidade (Castro, 2004).

Resultados mostram que a aquisição de hábitos preventivos precisam ser mais incentivadas entre os indivíduos, principalmente aqueles em idade anterior à iniciação sexual, ainda na pré-adolescência, a fim de incorporarem a prática como natural, fazendo uso de recursos preventivos a partir da primeira relação sexual. Por isso, ao abordarmos esse tema não poderíamos deixar de mencionar a sexualidade dos jovens, pois vivemos numa sociedade que exalta o erotismo, devido a uma aparente liberdade, mas ao mesmo tempo impõe obstáculos que impedem a abordagem da educação sexual nas famílias, escolas e a utilização de recursos de contracepção. Não discutir esses temas é permanecer cego diante do fato de que as relações sexuais de jovens e adolescentes são legítimas e constituem direito. As inibições pessoais e os preconceitos ainda exercem grande influência na vivência da sexualidade, embora a sociedade pregue a idéia de liberdade sexual. Então o adolescente percebe-se num dilema: mesmo estando maduro para o intercurso sexual, esbarra nos valores inibitórios da sociedade atual e acaba tendo que optar entre seguir as normas e valores aprendidos ou dar vazão aos seus impulsos e vivenciar sentimento de culpa, tensão e ansiedade que freqüentemente acompanham o sexo na nossa sociedade. A esse conflito, se somam as pressões do grupo de iguais, o que obrigam a assumir determinada conduta que não necessariamente é a desejada.

Mas no que diz respeito ao tratamento do tema, DSTs nas escolas, segundo Escabeche (2002), o processo educativo tem sido, na maioria das vezes, um processo de transferência, caracterizado pela unilateralidade, esquecendo que os seus atores são indivíduos com vulnerabilidades, que podem, por vezes, torná-los incapazes de resistir às contrariedades do meio. Acredito que o modelo de “educação bancária”, termo criado por Freire (1975) para o ensino que privilegia a simples transmissão do saber (depósito) e muito utilizado na maioria das instituições seja em grande parte

responsável pela pouca eficácia que as ações educativas têm sobre a prática cotidiana dos atores sociais. Segundo Freire (1996, p.37), é por isso que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o caráter formador. Apoiado nessas teorias há, muitas vezes, a formação da idéia errônea sobre a necessidade e importância do trabalho teórico em sala de aula, pois antes de tudo, quando bem trabalhado, serve como base para outros processos educativos a serem desenvolvidos posteriormente como o debate e o diálogo, por exemplo. Apesar de se classificar como tema transversal nos PCNs, as DSTs, num dado momento terão de ser organizadas, planejadas e divididas entre os professores que sejam capazes e queiram ensinar. Independente da área, como defende a transversalidade, seria importante que as doenças fossem tratadas inicialmente de maneira aberta e científica, pois os temas muitas vezes são tratados com pouca informação sobre as doenças e muita preocupação no fazer com que os indivíduos se previnam. A prevenção não deve ser objetivo, mas resultado da aprendizagem que se deu de maneira significativa, onde após o processo o sujeito soube se posicionar de maneira crítica, responsável e construtiva perante a situação.

Contudo, segue abaixo exemplos de conteúdo teórico das principais doenças e como poderiam ser abordadas ao longo do ensino médio, muitas vezes fazendo se necessário o uso de recursos áudio visuais para melhor envolvimento. De acordo com Brena (2006), as doenças aqui exemplificadas foram selecionadas de acordo com dados epidemiológicos nacionais, enfatizando as moléstias mais frequentes no país, uma vez que existem inúmeras patologias que podem ser transmitidas via sexual.

Antes de tudo é importante salientar que na discussão sobre DST, que visa levantar seus dados e manifestações clínicas, deve ser trabalhada a importância de não se tomar as manifestações clínicas, apresentadas em sala de aula, como diagnóstico único para uma doença, e que somente um médico o poderá fazer, muitas vezes lançando mão de métodos e exames laboratoriais para chegar a uma conclusão, e então prescrever o medicamento adequado, pois é muito comum caso de indivíduos que, por falta de informação, preconceito ou vergonha, recorrem ao auto-medicação, trazendo sérias consequências a saúde, muitas vezes piorando o quadro clínico. Então resolvem, como último caso, procurar ajuda médica.

1. Cancro Mole

Doença causada por uma bactéria, *Haemophilus ducreyi*, que recebe outras denominações mais populares como Cancro venéreo simples, Cancróide e Cavalo. Sendo importante o trabalho em

sala de aula dos termos populares correlacionados com os termos científicos, fazendo com que os alunos encarem estes com naturalidade contribuindo assim para sua educação sexual.

É interessante que o professor traga o agente causador da doença e o tempo e características da sua manifestação clínica, pois assim o educando pode perceber que cada doença é causada por um organismo que possui características próprias e que este pode ser transmitido através de algumas vias. Portanto, no cancro mole a primeira manifestação clínica ocorre, na maioria das vezes, cerca de 5 dias (período que pode variar de 2 a 12 dias) após o contágio da bactéria causadora. Surge ferida (ulcera) bastante dolorosa no local infectado. Tais úlceras são muito contagiosas e auto-inoculáveis, ou seja, o próprio indivíduo se autocontamina ao tocar na ferida e, após, em outras partes do corpo. Logo, seu contágio não se dá apenas através do ato sexual. São locais comuns de infecção, vagina pênis, ânus e não raramente os lábios da boca, a própria boca, língua e garganta. Mostrando assim o possível contágio através de sexo oral, muitas vezes encarado pelos adolescentes como uma prática incapaz de transmissão de doenças. É importante salientar que a ferida por onde sai pus apresenta orifício único no cancro mole, diferente do linfogranuloma venéreo, que apresenta várias fistulas.

As lesões podem ser infeccionadas por outros microorganismos. Valendo a pena salientar neste momento o aumento da vulnerabilidade ao HIV quando outras doenças já estão presentes no organismo.

Portadores assintomáticos são pessoas aparentemente saudáveis, sem manifestações clínicas que, assim, acabam por disseminar de maneira vasta as doenças para outras pessoas. É importante elucidar a existência de portadores assintomáticos para as doenças, despertando os alunos para o difícil exercício de acreditar que nem sempre é possível diagnosticar uma manifestação clínica de alguma doença a olho nu, mas isso não significa que o agente não possa estar presente no indivíduo e através de um ato errôneo pode levar a contaminação. Portanto, para o Cancro Mole existem portadores assintomáticos, sendo considerável sua porcentagem, em especial mulheres, devido à facilidade de ocorrência da moléstia nas paredes internas da vagina.

A apresentação do meio de cura e o tempo de tratamento se tornam importantes para que o aluno tenha uma real noção da gravidade do problema e poça procurar ajuda média quando acometido por alguma moléstia. Contudo, o cancro mole é facilmente tratado através da administração de antibióticos específicos, levando a resultados considerados excelentes, obtendo-se a cura da doença em apenas dez dias.

Espera-se que prevenção contra as DSTs venha do aluno como resultado de uma aprendizagem significativa, portanto o professor deve apresentar os meios de prevenção e sua real

eficácia contra o agente em questão, uma vez que as consequências da não prevenção já foram discutidas, levando o aluno a perceber o significado da proteção do seu organismo contra tais doenças. Portanto, no cancro mole a prevenção é feita evitando-se o contato de pele com a bactéria. Devido ao alto grau infeccioso da bactéria, *Haemophilis ducreyi*, o contato da lesão por mãos e unhas pode transmitir a doença para outras partes do corpo da própria pessoa ou seu parceiro, por exemplo durante as carícias que normalmente precedem o ato sexual. Nas relações sexuais, o preservativo, neste caso, não oferece proteção total contra a contaminação, pois este pode não cobrir áreas contaminadas do portador da doença permitindo, assim, um possível contato direto com outras regiões saudáveis.

2. Candidíase

Também conhecida por cândida, monília, monilíase, leucorréia, “sapinho” (quando se manifesta na boca de recém-nascidos). A candidíase tem como agente causador o fungo *Candida albicans*, antigamente denominado *Monilia albicans* (termo obsoleto). O fungo, muitas vezes, presente no sistema digestório de homens e mulheres. Também se encontra na vagina em pequeno número, fazendo parte da flora microbiana local, nada causando de mal. Entretanto, quando o equilíbrio químico ou biológico do meio vaginal é alterado, pode haver proliferação exagerada levando ao quadro da candidíase. Esse equilíbrio pode ser alterado pela ingestão de antibióticos que eliminam bactérias da vagina que controlam a multiplicação do fungo. Outros fatores podem favorecer a proliferação, como a gravidez, onde há mudança dos níveis hormonais e a diabetes não tratada que aumenta o açúcar disponível no meio vaginal e na urina.

Na mulher, a grande proliferação de *Candida albicans* provocará corrimento vaginal. O fungo pode também espalhar-se por coxas e nádegas, originando pústulas. Essas lesões podem aparecer na região anal, decorrentes da transmissão pelo coito anal.

No homem, a presença do fungo é normalmente assintomática. Em alguns casos, entretanto, o fungo pode chegar a causar vermelhidão do prepúcio e da glândula acompanhadas de coceira.

O fungo pode se proliferar de maneira anormal na boca, causando aspecto esbranquiçado na língua.

A infecção por *Candida albicans* é comum na boca de recém-nascidos que contam com baixa imunidade do sistema de defesa ainda em formação. Até seis meses de idade, pode ser considerado normal o aparecimento do “sapinho”, mas após essa idade, a manifestação do fungo pode

denunciar o sistema imunológico deficiente no bebê, muitas vezes causado por amamentação insuficiente.

Como a *Candida albicans* é considerada parte natural da flora gastrointestinal e vaginal, pode-se dizer que praticamente todos somos portadores assintomáticos do fungo. Por isso, na literatura chegam a afirmar que a candidíase não pode ser considerada DST, nesses termos.

O tratamento é à base de antimicóticos, específicos para *Candida albicans*, entre eles antibióticos e pomadas. Os tratamentos são relativamente simples e oferecem normalmente rápida reversão do quadro clínico. Além disso, o parceiro sexual também deve ser tratado para evitar contínua recontaminação, nunca obtendo a cura.

A prevenção se dá através da adoção de algumas medidas como o uso de preservativos que diminui as chances de contaminação. Evitar o uso de roupas apertadas que dificultam a aeração dos órgãos genitais, dar preferência a roupas íntimas de algodão ao invés de sintéticos, quando lavar, não secar as roupas íntimas em lugares abafados ou onde não peguem sol, evitar o uso de produtos, como desodorante e perfumes íntimos que causam irritação, na depilação, exija local com ótimas condições de higiene e utilização de materiais descartáveis, durante o período de menstruação, trocar o absorvente quantas vezes forem necessárias de acordo com o fluxo apresentado, fazendo a higienização da vulva a cada troca e cessar o uso de qualquer produto íntimo que cause irritação, inclusive lubrificantes sexuais, látex usado nos preservativos e espermaticidas. Controlar a diabetes e evitar a ingestão exagerada de açúcar impede a multiplicação desenfreada do fungo, *Candida albicans*, especialmente na vagina. O desequilíbrio hormonal do corpo da mulher, muitas vezes desencadeado por situações psicológicas de estresse, ansiedade ou depressão, pode favorecer a multiplicação do fungo. Alimentação deficiente em vitaminas e sais minerais causa ineficiência do sistema imunológico e a conseqüente proliferação do fungo. Praticar exercícios físicos melhora o sistema imunológico. Finalmente, o exame periódico Papanicolaou, realizado a cada seis ou 12 meses, conforme orientação pessoal do ginecologista é perfeito para detecção precoce ou diagnóstico da candidíase.

3. Condiloma acuminado

Popularmente conhecido por HPV, verruga venérea, “couve-flor” e “crista de galo”, o condiloma acuminado é causado pelo vírus *Papilloma vírus*, com mais de 100 tipos diferentes, denominados coletivamente de HPVs (*Human Papilloma Viruses*). Outro aspecto importante é que o *Papilloma vírus*, com seus tipos, tem diferentes potenciais oncogênicos.

A manifestação clínica se dá após três a quatro semanas após o contágio pelo vírus *Papilloma*. Verrugas aparecem visivelmente no pênis (sulco prepucial e glande) e nos lábios vaginais ou na área púbica na mulher, podendo aparecer no ânus. A infecção por HPV normalmente ocorre em mais de uma região genital.

Acredita-se que os diferentes tipos de HPV causem verrugas em partes específicas do corpo. São manifestações de HPV o surgimento de papilas ou verrugas em diversos locais, como mãos, pés, boca e cordas vocais. Muitas vezes, parece haver afinidade do tipo específico de HPV com o tecido infectado. Estudos têm mostrado que as verrugas de mãos e pés, por exemplo, não seriam capazes de contaminar os órgãos genitais, mas são necessárias novas investigações para esclarecimentos.

Manifestações não visíveis podem ocorrer escondidas, interiormente, na uretra masculina ou feminina, ou até mesmo na bexiga. O HPV também pode ocultar-se no reto, no canal vaginal ou no colo do útero, onde a infecção, se não descoberta e tratada precocemente, poderá conduzir ao câncer uterino. Estudos afirmam que 98% dos cânceres de colo de útero são causados por HPV.

Contudo, o HPV é doença curável em 90% dos casos detectados nos estágios iniciais da doença e, assim diagnosticado e tratado, impedirá o surgimento do câncer, o que pode ser facilmente prevenido, bastando a mulher realizar o seu exame ginecológico, Papanicolau, uma vez a cada seis meses. Como o câncer de colo de útero, o HPV também pode causar o câncer de reto.

O HPV também pode apresentar-se sob dimensões microscópicas, não visíveis, portanto, a olho nu, o que normalmente não traz manifestação clínica visível. Com isso, os portadores assintomáticos são os grandes propagadores da moléstia causada pelo *Papilloma vírus*.

A cura se dá através da eliminação das verrugas, pelo médico através de aparelhos físicos ou substâncias químicas de acordo com cada caso. É bastante comum casos de pacientes com queimaduras graves na região genital devido à tentativa de eliminar, por si só, as verrugas com medicamentos convencionais.

O HPV é considerado doença crônica, algumas vezes sem cura. Mesmo depois que as verrugas são tratadas e removidas, a pessoa ainda pode estar infectada pelo vírus, podendo haver reincidência. Existe, porém, casos em que as verrugas regridem no crescimento. Ainda, após o tratamento e remoção das papilas, é estimado que, em 70% a 90% das pessoas, a infecção pelo *Papilloma vírus* é transitória, isto é, o organismo consegue eliminar o vírus, aproximadamente, em dois anos, conforme tem sido demonstrado em alguns trabalhos.

Mesmo depois de obtida a cura é comum casos de reincidência, por falta de tratamento do parceiro sexual, sendo o tratamento completo do casal indispensável para a cura total.

O *Papilloma vírus* tem sobrevivido, por algum espaço de tempo, fora do corpo humano, em superfícies não perfeitamente higienizadas. Logo, além do contato sexual, contado direto com objetos contaminados também pode ser meio de transmissão, como objetos de uso comum, íntimos e móveis.

As carícias que antecedem o sexo podem também transmitir o vírus de uma pessoa contaminada para outra sadia, lembrando que a auto-inoculação, por mãos e unhas, é comum espalhando a doença para outras regiões do corpo.

No ato sexual, o uso de preservativos impede a transmissão da doença, somente na área coberta, não podendo impedir a contaminação das áreas desprotegidas. Com isso, relativamente ao comportamento sexual, não ter promiscuidade, possuindo assim parceiro saudável único, também não promíscuo, é o único meio 100% seguro de evitar contaminação.

Já existe vacina contra os tipos mais comuns do *Papilloma vírus* (6, 11, 16 e 18). Apesar de o Brasil já ter disponível a venda, o preço ainda é inacessível para uma grande porcentagem da população.

4. Corrimentos vaginais

Recebe outras denominações como vaginite, vaginose e leucorréia. Essa última denominação, etimologicamente, significa corrimento branco, porém não é correto o seu uso para conceituar todos os corrimentos, somente os que apresentam cor esbranquiçada. Vaginite significa inflamação da vagina causada por irritação ou alergia devido ao contato com materiais ou substâncias químicas, ou ainda por microorganismos dos tecidos vaginais. Vaginose é o acometimento da moléstia à vagina, com ou sem lesão de seus tecidos constituintes.

No momento do nascimento, entramos em contato com infinidade de microorganismos, como bactérias, vírus e fungos, muitos dos quais não nos causam doenças, alojando-se em algumas regiões da pele e cavidades de nosso corpo, como intestino, boca, uretra e vagina. Assim, se forma a nossa flora microbiana normal, com a qual convivemos pelo resto de nossas vidas, sendo controladas pela competição e sistema imunológico que impedem sua proliferação exagerada, tornando-se extremamente importantes para nossa sobrevivência. Então, a presença de várias espécies de microrganismos na cavidade vaginal é fato natural, com presença, inclusive, de agentes responsáveis por determinadas patologias. Assim, grande parte dos casos de corrimentos vaginais não possui agente

causador que caracterize a origem patológica, ou seja, não são causados por doenças, sendo considerados normais por decorrerem apenas de flutuações dos níveis hormonais femininos. Contudo, alguns corrimentos patológicos podem ser causados por DST, como tricomoníase e candidíase. Alguns tipos de vermes, como estrongilóides, oxiúros entre outros, sendo comum a ocorrência em crianças ou, ainda, fungos, vírus, bactérias e protozoários. Na pior das hipóteses, o corrimento pode ser indicativo de câncer, sendo facilmente tratados quando precocemente diagnosticado através do exame simples de Papanicolaou. O uso de determinados cremes lubrificantes no ato sexual, tecidos sintéticos, roupas que impedem a ventilação genital, espermicidas, preservativos, diafragmas e até mesmo absorventes (internos ou externos) podem causar a irritação vaginal, resultando em corrimento.

A irritação da vulva, denominada vulvite, também pode trazer entre outros sintomas corrimentos, tendo como principais causas o uso de perfumes ou desodorantes íntimos, alguns tipos de papéis higiênicos perfumados e coloridos, determinados tipos de sabonetes, xampus e condicionadores, mesmo não aplicados diretamente na vulva e até mesmo o uso de determinadas substâncias utilizadas na limpeza das roupas íntimas como sabões e amaciantes.

Cervicite, ou inflamação do colo do útero, conseqüentemente causa corrimentos que ganharão saída pela vagina. Suas principais causas são: infecção por bactérias como, por exemplo, a clamídia, gonorréia e a herpes. O uso de contraceptivos e a gravidez podem levar a inflamações no colo do útero, podendo surgir também após o parto. O contato com alguns materiais e substâncias químicas como espermicidas, látex, etc.

Existem outras causas pouco comuns que podem causar corrimentos anormais, como a presença de corpos estranhos no interior da vagina, comum em crianças, causando irritação desencadeando a hipersecreção de muco, o uso de drogas, alguns tipos de medicamentos, diabetes, etc.

Os portadores assintomáticos são os maiores disseminadores de microorganismos envolvidos nas doenças capazes de provocar corrimentos vaginais. No homem, a presença desses agentes é geralmente assintomática causando, através do ato sexual sem proteção, a infecção da parceira.

O primeiro passo do tratamento para o corrimento vaginal é a identificação perfeita da causa, como já comentado acima, que pode ser devido a diversos fatores. Os corrimentos patológicos, devido à gama de medicamentos disponíveis hoje, são facilmente tratados com antibióticos específicos, conhecido o agente causador. Por outro lado, os corrimentos não patológicos exigem atenção especial devido à dificuldade de se detectar a causa recente que os originou para poder evitá-las.

O tratamento do corrimento vaginal deve ser de ambos os parceiros sexuais, concomitantemente, para evitar nova contaminação daquele que já se curou após o tratamento, lembrando que o homem é, na maioria das vezes, assintomático a presença de alguns microorganismos responsáveis pelo corrimento vaginal.

A prevenção contra as doenças que causam corrimento vaginal patológicas nas relações sexuais é o uso de preservativos. Nos corrimentos não patológicos, a prevenção se dá pela adoção de algumas medidas preventivas, como dar preferência a roupas que favoreçam a aeração da região genital, evitar roupas íntimas confeccionadas com tecidos sintéticos, lavar as roupas íntimas com produtos neutros e secar em local arejado, ao sol, evitar ficar longo período de tempo com roupa molhada, abandonar o uso de substâncias e materiais que causaram irritação da pele ou corrimentos anteriores, como determinados sabonetes, perfumes íntimos, espermicida, determinados tipos de papéis higiênicos, lubrificantes para relação sexual, preservativos, absorventes, alguns medicamentos, etc. O simples fato de o esperma estar na vagina pode alterar seu equilíbrio químico e trazer corrimento para algumas mulheres.

Nos casos de corrimento vaginal devido a alterações no equilíbrio hormonal, a prevenção se dá através da preservação do bem estar, como abster-se de reações de ira, raiva ou nervoso, situações de estresse, ansiedade, depressão ou desânimo. A alimentação saudável é importante para manter o equilíbrio hormonal e imunológico como a prática de atividades físicas.

É importante destacar que a realização do exame semestral de Papanicolaou é indispensável à saúde da mulher e eficaz na prevenção dos corrimentos vaginais.

5. Fitiríase

Apesar de ser causada pelo inseto hematófago, *Phitirus púbis*, a fitiríase encontra-se entre as principais doenças sexualmente transmissíveis, sendo popularmente conhecida como chato, pediculose do púbis e piolho pubiano.

O inseto não possui asas, mas apresenta garras serrilhadas para prender-se ao hospedeiro e peças bucais adaptadas para morder, tendo o homem como seu único hospedeiro. O *Phitirus púbis* apresenta curto ciclo de vida, um mês, tendo assim uma rápida proliferação.

A intensa coceira, no local onde se encontra o inseto, é o principal sintoma clínico da fitiríase. Com isso, o ato de coçar poderá lesionar a pele acarretando lesões secundárias por outros microorganismos como bactérias, podendo complicar o quadro clínico. O prurido encontra-se

concentrado, geralmente, nas regiões em torno do pênis, vagina e ânus, porém é bastante freqüente a ocorrência em outras áreas do corpo possuidoras de pêlos como axilas, sobancelhas, cílios, barba, etc.

Devido ao rápido aparecimento das manifestações incômodas, reflexo das características hematófagas do *Phthirus pubis*, portadores assintomáticos inexistem. Ignorar os desagradáveis sintomas e, com isso, não buscar tratamento imediato, fará com que o portador displicente transmita para outras pessoas.

O tratamento da fitiríase se faz pela eliminação da infestação com a administração de sabonetes, loções e cremes de uso externos e específicos. Atualmente medicamentos orais, também, podem ser utilizados para eliminação do *Phthirus pubis*.

As carícias que antecedem o sexo potencialmente transmitem a doença. Neste caso, o preservativo não oferece proteção, sendo a única via preventiva a não promiscuidade, possuindo-se parceiro saudável único, também não promíscuo.

6. Gonorréia

Também conhecida por uretrite gonocócica ou blenorragia. A gonorréia está entre as principais DSTs que acometem jovens e adultos. Causada por uma bactéria, *Neisseria gonorrhoea*, também chamada de gonococo. É uma bactéria aeróbia, sensível a condições ambientais adversas, o que torna a sua sobrevivência inviável fora do corpo humano, motivo do seu difícil cultivo em laboratório para fins de pesquisa.

Após dois a cinco dias do contágio surgem os primeiros sintomas que, porém, podem tardar até 15 dias.

A principal característica, no homem, da gonorréia é a secreção purulenta que sai pelo canal uretral, de cor amarelada, esverdeada ou escura (presença de sangue), com forte odor e algumas vezes abundante. Na mulher, ocasionará corrimento vaginal de forte odor fétido, algumas vezes intenso. A blenorragia pode causar, ainda, inchaço dos lábios maiores e menores que ocorre rapidamente, chegando a sair pus de forte odor, que após sua eliminação diminui consideravelmente o inchaço, porém não houve a cura, podendo agravar o caso. Contudo, são comuns os sintomas atenuados, passando despercebido ou mesmo ausência de sintomas. A infecção oculta, sem manifestações externas, pode progredir gerando inflamação das glândulas para-uretrais e do colo do útero, podendo atingir as tubas e ovários, causando esterilidade. As tubas podem romper com o acúmulo de pus, provocando a infecção da cavidade abdominal que colocará a vida do paciente em

risco. Lembrando-se que essas complicações somente ocorrerão com a ausência de tratamento adequado.

No homem, a falta de tratamento ou o tratamento inadequado também levará a propagação da doença internamente afetando a próstata, vesícula seminal, epidídimos e testículos, podendo inicialmente causar a infertilidade.

O intercursos anal pode provocar a gonorréia ano-retal tanto no homem como na mulher.

A contaminação através do sexo oral pode provocar o aparecimento da faringite ou amidalite gonocócica. Às vezes, a infecção dessa área apresenta-se de forma assintomática.

Caso os olhos tenham contato com a bactéria, *Neisseria gonorrhoeae*, a conjuntivite gonocócica pode ocorrer. A esclerótica é pode levar o portador a cegueira se não houver tratamento adequado.

Existem, ainda, outras infecções mais raras quando a corrente sanguínea leva a bactéria em questão para outras regiões do organismo como fígado, meninges, ossos, coração, articulações e sistema nervoso central, causando complicações que podem ser fatais.

A *Neisseria gonorrhoea* não ultrapassa a barreira placentária, não podendo, durante a gestação, ser transmitida para o indivíduo em formação. Porém, a transmissão pode ocorrer de forma vertical quando a criança entrar em contato com os fluidos presentes, contaminados, no canal vaginal. A oftalmia gonocócica poderá levar o bebê à cegueira, se não tratada.

Entre os homens, estima-se que apenas 5% dos portadores sejam assintomáticos, contra 40% das mulheres. Neste último caso, pode-se dizer que é um número relativamente alto para doença tão perigosa. Portadores assintomáticos são os maiores disseminadores da doença.

Contudo, a gonorréia é facilmente curada se cumprido com rigor o tratamento a ser prescrito pelo médico. A bactéria é eliminada do organismo com o uso de antibióticos específicos, sendo alguns capazes de trazer a cura em dose única e outros exigem tratamento de uma semana. É comum o auto-medicação, que acaba causando cura incompleta, permitindo a disseminação da bactéria para outras regiões do organismo, comprometendo outros órgãos, tornando mais difícil o tratamento posterior, colocando em risco a vida do paciente.

O uso de preservativo ainda é o meio mais eficaz para diminuir as chances de contaminação.

7. Granuloma Inguinal

Úlcera serpiginosa, granuloma tropical, granuloma venéreo, úlcera venéreo-crônica e donovanose são outras denominações para o granuloma inguinal. Tem como agente causador a bactéria *Calymmatocaterium granulomatis* descrita pela primeira vez por dois brasileiros, Aragão e Vianna, em 1913. Mais tarde, diferentes pesquisadores ousaram outras denominações para a mesma bactéria.

A *Calymmatobacterium granulomatis* é uma bactéria anaeróbica facultativa, em forma de bastonete, capsulada, sem flagelo, com alta incidência em países de clima subtropical e tropical. Facilmente cultivada em laboratório em meio de gema fresca de ovo, facilitando o estudo. Transmitida através do ato sexual, pode se instalar nos órgãos sexuais, ânus, coxas, nádegas, região inguinal, face, boca, gengivas, faringe e até órgãos internos.

Característica relevante da doença é a capacidade de auto-inoculação, onde o próprio indivíduo pode contaminar outras áreas do seu corpo ao tocar a região sadia, após ter tocado a região contaminada. Sendo comum o relato da doença nas mais diversas partes do corpo. Algumas pesquisas afirmam que haveria maior ocorrência de casos da doença na raça negra.

O período de incubação da *Calymmatobacterium granulomatis* é variado, podendo ocorrer os primeiros sintomas de três a 180 dias. Em média, após 30 dias passados da contaminação, no local infectado ocorrem o aparecimento de uma ou várias elevações da pele ou mucosa que possuem o aspecto de caroços ou grânulos indolores. Sua evolução fará surgir ferida avermelhada que sangra com facilidade e possui odor desagradável. No caso de múltiplas lesões, pode ocorrer a fusão dessas feridas resultando em única úlcera maior. O desenvolvimento das lesões é lento, o que pode levar o paciente a procura tardia, às vezes anos após a contaminação, do auxílio médico. Essa displicência pode permitir a evolução da doença trazendo graves complicações.

O granuloma venéreo não adequadamente cuidado, além de se espalhar pelo organismo atingindo outros sistemas como ossos, pulmão, fígado, baço, articulações, pode evoluir para o estágio carcinogênico.

Os portadores assintomáticos são fortemente representados pelo sexo feminino, uma vez que as lesões podem ocorrer na cavidade vaginal, portanto, consideradas as maiores propagadoras da doença.

O tratamento, que se dá através de antibióticos específicos, ocorre de forma lenta e deve ser feito simultaneamente com o parceiro sexual para não ocorrer recontaminação mútua após a cura. A resposta aos medicamentos é evidente após sete dias e a cura total se dá entre 21 e 35 dias. Em alguns casos mais severos, as seqüelas deixadas podem exigir correção cirúrgica local. Após o

tratamento, o paciente ainda deve passar por monitoramento, que geralmente leva 6 meses, para que haja garantia da cura.

A prevenção contra contaminação do granuloma inguinal é complicada, uma vez que a inoculação facilmente se dá pelo simples contato da área saudável com a área infectada. Portanto, o preservativo só poderá diminuir o risco de contaminação nas áreas cobertas, não oferecendo proteção total contra a doença. A higienização minuciosa, com água e sabão, logo após a relação sexual, pode colaborar com a prevenção, mas essa medida, por si só, não é de forma alguma garantia de que a contaminação será evitada. O único meio realmente seguro de se evitar o granuloma inguinal é não ter promiscuidade, possuindo apenas único parceiro sexual, saudável e não promíscuo também.

8. Hepatite A

Doença hepática causada pelo vírus HAV (*Hepatitis A vírus*), pertencente à família *Picornaviridae*, gênero *Hepatovirus*. Gera novos vírus através da informação gravada no seu RNA, portanto, trata-se de RNA vírus.

O período de incubação do vírus da hepatite A é de 14 a 42 dias, tempo para a reprodução do vírus HAV no fígado. Geralmente, os vírus são encontrados nas fezes, por onde são eliminados, duas semanas antes dos primeiros sintomas e uma semana após. No sangue, o vírus poderá ser encontrado por apenas cinco a sete dias, na saliva o vírus existirá em concentrações baixas.

Sua prevalência está em países pobres, devido os seus principais meios de transmissão serem via oro-fecal e por águas contaminadas devido a ausência de águas tratadas e esgotos, bem como a falta de hábitos higiênicos básicos na população.

Podendo ser encontrado no intestino e estômago, o vírus da hepatite A se aloja principalmente no fígado, onde penetram os hepatócitos para se multiplicarem, causando inflamação no fígado, causada pelo sistema imunológico que passa a destruir os hepatócitos que estão infectados pelo vírus, na tentativa de eliminar os invasores, caracterizando a hepatite.

Grande parte dos infectados não apresentam sintomas ou manifestações clínicas características de um estado gripal. Muitas pessoas só descobrem que um dia tiveram hepatite A ao fazerem o exame de sangue.

Quando presentes, os sintomas mais comuns são icterícias (olhos e pele amarelados), perda do apetite, diarreia, fadiga, náuseas, febre, dores musculares e nas articulações e urina escura. Pode, porém, algumas vezes aparecer dores no próprio fígado ou ainda ocorrer redução do fluxo biliar, levando a formação de fezes claras.

A icterícia está relacionada à elevação da taxa sangüínea da bilirrubina, que tem sua excreção comprometida pelo fígado, órgão que normalmente expele o pigmento no intestino através da bile. Esse excesso de bilirrubina acaba sendo eliminado pelos rins, resultando em urina escura, em contrapartida, as fezes claras são resultado da ausência de bilirrubina no intestino.

A maioria dos portadores é assintomática, tendo grande potencial de transmissão da doença por vias diferentes (fecal/oral), dependente da fase da doença.

A hospitalização, visando o tratamento, se faz necessária em apenas 20% dos casos. É indicada para os quadros de grave desidratação, em decorrência dos vômitos, ou quando as manifestações clínicas mostrarem-se acentuadas, bem como para idosos e portadores de outras doenças sérias contaminantes.

A doença, hepatite A, nunca se tornará crônica, obtendo o corpo a cura por si só, portanto o tratamento a ser prescrito objetivará apenas o suporte do doente. Contudo, a cura total se dá, em média, 21 dias, podendo, em alguns casos, ocorrer surtos leves da doença por até seis meses.

Cuidados devem ser tomados pelos familiares e pessoas que convivem com o portador da hepatite A, como adoção de hábitos higiênicos pessoais básicos que inclui a lavagem das mãos antes de qualquer refeição, copos, talheres e pratos do doente devem ser utilizados somente por ele, sendo lavados e armazenados em lugares separados dos utensílios de uso do resto da família. O mesmo cuidado deve ser adotado com roupas, principalmente, peças íntimas que devem ser lavadas e guardadas separadamente das demais. Concomitantemente ao tratamento, logo após o diagnóstico de hepatite A, deve-se investigar a fonte de contaminação do primeiro doente, como por exemplo, água contaminada e falta de higiene, corrigir, assim, o problema, evitando a infecção de outras pessoas mais próximas do portador.

Como o vírus da hepatite A é eliminado principalmente pelas fezes da pessoa contaminada, a principal forma de contaminação se dá pela via oral. Portanto, o contato se dá indiretamente, através de maus hábitos higiênicos do portador, como, por exemplo, a não lavagem das mãos após o ato defecatório e posterior contato com alimentos. Assim, como alimentos mal lavados a água contaminada também pode ser potencial meio transmissor.

As possibilidades de contaminação parenteral é relativamente pequena, pois o sangue da pessoa contaminada não abriga o vírus por mais de cinco a sete dias. Porém, apesar da saliva do portador possuir concentração baixa do vírus, uma pessoa com o sistema imunológico momentaneamente debilitado pode se contaminar através do contato direto com a saliva, como no

beijo, ou no contato indireto, como o uso de copos e talheres sem lavagem, valendo também para bocais de garrafas, latinhas de bebidas, etc.

Excelente preventivo para a doença é a administração da vacina feita à base de vírus inativos, sendo aplicada em duas ou três doses, oferecendo proteção de até 94% por até 20 anos.

Como a principal via de contágio da doença é oro-fecal, práticas de sexo oro-anal são fortes transmissores da doença a partir da pessoa infectada.

9. Hepatite B

O vírus HBV (*Hepatitis B vírus*), é um DNA vírus, ou seja, sua reprodução ocorre pela replicação de seu DNA no interior de células hospedeiras. O vírus, após a infecção, se aloja no tecido hepático, onde o seu DNA induz os hepatócitos a produzirem novos vírus. Uma vez infectados, os hepatócitos apresentam em sua superfície uma parte do vírus, que será reconhecido pelo sistema imunológico, que através de uma serie de reações ocasionará o ataque direto aos hepatócitos através dos hepatócitos a fim de eliminar os vírus infectantes, caracterizando a inflamação hepática (hepatite). Portanto, é importante notar que a inflamação hepática se dá através do ataque aos hepatócitos do próprio sistema imunológico e não diretamente pelo vírus.

Diferentemente do vírus HAV, a transmissão do vírus da hepatite B se dá somente através do contato com o sangue ou fluidos corporais, como saliva, secreções vaginais e sêmen da pessoa infectada. Logo, são meios de transmissão: parto, seringas e agulhas contaminadas, relações sexuais, instrumentos cortantes não esterilizados, transfusão sanguíneas com sangue infectado, etc.

Contudo, mais de 90% dos indivíduos acima dos cinco anos de idade, que adquiriram a doença, conseguem a cura. Entretanto, cerca de 6% desenvolvem a forma crônica da doença, onde 25% tornam-se casos fatais.

Geralmente caracterizados por dores articulares, fadiga, mal estar, falta de apetite, náuseas, dor no fígado e icterícia, esses sintomas iniciais da hepatite B podem ou não ocorrer. No caso de ocorrência sintomática inicial, esses sintomas podem deixar de existir em 30 a 90 dias.

A hepatite pode permanecer por mais de seis meses, quando o organismo por si só não consegue eliminar o vírus HBV, se tornando cada vez menor a chance de cura total espontânea, a doença então é classificada como hepatite crônica.

Indivíduos classificados como portadores são possuem o sistema imune tolerante ao HBV, porém, são transmissores em potencial.

Em alguns casos, a resposta imunológica exagerada pode levar a destruição maciça dos hepatócitos, caracterizado como quadro clínico raro de hepatite fulminante que pode ser fatal.

Contudo, em cerca de 30% dos casos de hepatite B, os portadores são assintomáticos do começo ao fim da doença. Num período que oscila entre 40 a 180 dias, os indivíduos curados podem ainda apresentar o vírus no organismo, podendo transmitir a doença para outras pessoas.

Existem no mercado farmacêutico excelentes medicamentos destinados ao tratamento da hepatite B. E, felizmente, dispomos de vacina contra a hepatite B que é obrigatória nos recém-nascidos.

10. Hepatites C, D e E

Assim como as hepatites A e B, as hepatites C, D e E são também moléstias causadas por vírus, apresentando quadro clínico similar aos descritos anteriormente, bem como as medidas preventivas para evitá-las. Ainda não temos vacinas contra as hepatites C, D e E.

A Hepatite C é causada pelo vírus HVC (*Hepatitis C vírus*). Transmitida pelo contato com os fluidos corporais e sangue do portador. Aproximadamente 80% dos contaminados são assintomáticos. Quando presentes, os principais sintomas são urina escura, icterícia, falta de apetite, dores abdominais, fadiga e náuseas. Em 75% dos casos, a doença se apresenta na forma crônica, também possuindo portadores são crônicos da virose. Assim, como os outros tipos de hepatites, a hepatite C pode causar cirrose ou câncer hepático. A ingestão de etanol agrava enormemente a evolução da doença. Há bons medicamentos para o tratamento do portador da hepatite C.

Causada pelo vírus HDV (*Hepatitis D vírus*), a hepatite D, assim como a hepatite B e C, é transmitida através do contato sanguíneo e fluidos corporais do portador da doença, apresentando os mesmos sintomas. Parece ocorrer apenas como co-infecção com o vírus HBV, agravando ainda mais o quadro clínico. Assim, em 20% dos casos, sua presença aumenta a chance de falência aguda hepática. Alguns estudos mostram que o maior risco de cirrose está nos pacientes que estão infectados simultaneamente por HBV e HDV em suas formas crônicas.

O HEV, vírus da hepatite E, apresenta os mesmos sintomas dos outros tipos de hepatites, porém sua principal via de transmissão, assim como a hepatite A, é oro-fecal, sendo por isso normalmente adquirida pela ingestão de alimentos ou água contaminada. Contudo a hepatite E nunca se torna crônica.

11. Herpes Genital

Causado por vírus, *Human herpesvirus*, mais conhecido como por HSV (*Herpes simplex vírus*), classificados em dois tipos: HSV-1 e HSV-2, onde o primeiro está mais relacionado às infecções oro-labiais, enquanto o segundo ocorre com maior frequência nos casos de herpes genital, embora ambos os tipos podem causar tanto herpes oro-labial como ano-genital.

O HSV normalmente infecta mucosas do corpo e então se estabelece, num estado de latência, em determinada região do sistema nervoso.

Contudo, cerca de dois terços dos portadores do vírus da herpes não apresentam sintomas ou apresentam manifestações subclínicas, ou seja, manifestações discretas que passam despercebidas.

O formigamento, após quatro a sete dias de contágio, é a primeira manifestação clínica, seguida de dores e prurido na região da inoculação do vírus. Logo surgem, na região avermelhada, uma ou mais bolhas pequenas e dolorosas, em torno da boca, lábios, estruturas genitais e ânus.

Apesar de drogas antivirais serem, comumente, receitadas na primeira manifestação clínica da doença para melhorar ou diminuir a duração das lesões, nenhum medicamento atual foi capaz de eliminar o vírus HSV do organismo. Para os portadores de herpes genital, atenção redobrada deve ser dada no período de manifestação temporária de lesões, pois a falta de higiene local adequada pode facilitar o surgimento de outras infecções através das úlceras expostas.

A manifestação de lesões causada pelo vírus HSV, geralmente se dá no indivíduo portador, com a queda do sistema imunológico, que pode ser causado por exposição solar, outras doenças, insuficiência nutricional, estresse físico ou mental, problemas emocionais, substâncias psicotrópicas e uso de imunossupressores.

O beijo, as carícias que antecedem o sexo, o sexo oral, oro-anal, anal e o coito são meios comuns de transmissão da doença a partir do indivíduo infectado. Geralmente, a transmissão se dá no período de manifestação das lesões. Como a infecção se dá pelo contato direto da área infectada com a sadia, o preservativo não oferece proteção total.

12. Linfogranuloma Venéreo

Causada por uma bactéria, a *Chlamydia trachomatis*, que é parasita intracelular obrigatório com afinidade por membranas mucosas. Em média, os primeiros sintomas ocorrem entre três a 12 dias após a infecção, porém os primeiros sinais podem demorar até um mês para surgir. Uma bolha, semelhante a herpes genital, pode ocorrer no local na inoculação da bactéria. Podendo passar despercebido pelo indivíduo, essa vesícula indolor transforma-se em úlcera genital que geralmente desaparece sem nenhum tratamento. Então, surgirão os sintomas característicos da doença: íngua na

virilha, também conhecida como bubão. Posteriormente, geralmente na ausência de tratamento, o bubão se rompe em orifícios múltiplos por onde sai pus, diferente do cancro mole que o pus sai por orifício único, permitindo a diferenciação entre as duas doenças.

A contaminação por *Chlamydia trachomatis* através do intercurso anal pode ocasionar a infecção na porção final do intestino (reto), causando inflamação dos tecidos linfáticos periretais ou perianais, levando a estenose retal, podendo obstruir o intestino, bem como a inoculação da bactéria por contato orogenital, podendo causar glossite ulcerativa difusa e conseqüente linfadenopatia regional.

Na ausência de tratamento, a elefantíase dos órgãos genitais pode surgir devido a obstrução dos órgãos linfáticos que, pela severidade da infecção, pode levar ao câncer.

Estima-se que 75% das mulheres e 25% dos homens são portadores assintomáticos da *Chlamydia trachomatis*, podendo as manifestações serem subclínicas. Porém, mesmo com a ausência de sintomas, o portador pode transmitir a doença, como, enquanto não houver a cura completa o linfogranuloma pode ser transmitido.

Uma vez infectado, o tratamento pode ser feito com antibiótico específico ao qual a bactéria é sensível. Com a medicação, evitam-se danos aos tecidos atingidos e a cura total é alcançada. Em alguns casos, os bubões requerem aspiração através da pele, como nos casos complicados de estenose retal a cirurgia pode ser requerida.

Sua principal via de transmissão é através do ato sexual, portanto, o uso de preservativo diminui as chances de contaminação.

13. Sífilis

Também conhecida como cancro duro, é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta. A bactéria penetra no organismo através da pele e mucosa atingindo os linfonodos linfáticos de onde através da corrente sanguínea se difunde por todo o organismo. Sua principal transmissão se dá através do ato sexual, bem como o beijo pode transmitir a doença a partir da pessoa infectada. Na gravidez, a *Treponema pallidum* pode infectar o feto ocasionando defeitos congênitos, podendo até ocorrer o aborto, natimorto ou nascimento com morte posterior da criança.

Devido a sua descrição sintomática inicial, a sífilis é considerada doença perigosa, pois há grande probabilidade do indivíduo acometido por sífilis não procurar auxílio médico nos estágios iniciais da doença e, assim, as manifestações iniciais desaparecem sem tratamento, mascarando a doença que se espalha pelo organismo levando os portadores a procurarem auxílio médico somente nos

estágios avançados da moléstia. Mesmo que seja possível de obter-se a cura, nem sempre é possível evitar suas gravíssimas seqüelas. Estima-se que um terço dos homens infectados pela sífilis e cerca de metade das mulheres contaminadas desconhece que tem a doença. Sendo os portadores assintomáticos, os grandes propagadores da doença.

As manifestações clínicas da sífilis são divididas, didaticamente, em três estágios: primeiro estágio, denominado Sífilis Recente, abrange desde a infecção até o final do primeiro ano. Ainda, esse primeiro estágio, é dividido em duas fases: Fase Primária e Secundária. A Primária tem início com a inoculação da *Treponema pallidum* no organismo, quando no local, cerca de 10 a 90 dias, surge o cancro duro ou sífiloma (ferida indolor, arredondada, de bordas endurecidas, repletas de espiroquetas transmissoras da doença), podendo ocorrer no interior da vagina e reto, locais difíceis de serem visualizados. O cancro duro desaparece em cerca de 30 a 60 dias sem nenhum tratamento, sem deixar cicatriz. Porém, seu desaparecimento não significa que houve a cura da doença, mas sim seu estabelecimento inicial. Se houvesse a cura nesse estágio inicial, o cancro duro poderia ser curado em menos da metade do tempo que seria necessário para obter a cura nos próximos estágios.

A Fase secundária se caracteriza com o surgimento de erupções da pele, denominadas roséolas sinfilíticas, manchas róseas ou escuras que não coçam e não doem, de maneira localizada ou em todo o corpo do indivíduo, incluindo a palma das mãos e plantas dos pés, podendo descamar ou se tornar papulosas. Essas roséolas estão repletas de *Treponema pallidum* e podem transmitir a doença..

Mesmo sem tratamento, as manchas desaparecerão espontaneamente, podendo ser mal interpretadas como leve alergia ou irritação de pele, impedindo a procura pelo auxílio médico para tratamento adequado, perdendo, mais uma vez, a chance de curar a sífilis em sua fase inicial.

O segundo estágio, também denominado de Sífilis Latente, compreendido entre o início do segundo ano após o contágio até o final do 4º ou 5º ano, se caracteriza após o desaparecimento das roséolas sinfilíticas, não havendo mais sintomas nos próximos três a quatro anos.

Por fim, o terceiro estágio, conhecido como Sífilis Tardia, situa-se temporalmente a partir do final do 4º ou 5º ano após o contágio. É nessa fase que ocorrem as lesões mais graves, geralmente irreversíveis, mesmo que o paciente elimine o *Treponema pallidum*. Em várias partes do organismo pode ocorrer a produção de saliências na pele de aspecto macroscópico que crescem e saram lentamente, deixando cicatrizes. Essas gomas sinfilíticas podem ocorrer no sistema ósteo-articular, causando artrites e nódulos articulares, bem como dor nos ossos quando são afetados, podendo ocorrer ainda no sistema cardiovascular trazendo conseqüências consideradas graves à saúde, como aneurisma, insuficiência valvular aórtica e estenose coronariana, podendo levar à morte. A infecção do

sistema nervoso central pode levar a demência, paralisia geral, lesão medular, problemas urinários e lesão medular.

Na mulher grávida, a *Treponema pallidum* pode contaminar a criança através da placenta provocando aborto, natimorto ou morte da criança logo após o nascimento. Contudo, portaria do Ministério da Saúde do Brasil de dezembro de 2004 determina a realização de exames de sífilis nas gestantes na primeira consulta do pré-natal, no terceiro mês de gravidez e na admissão para o parto, porém estima-se que somente 30% dos partos no Brasil realizam o último exame.

O coito normal, o sexo oral e anal são os meios comuns de transmissão da doença, portanto, o uso de preservativos se faz necessário para diminuir as chances de contaminação.

Esses foram alguns exemplos de como poderiam ser abordados tais temas nas escolas, fazendo com que antes do debate, diálogo, dramatização, ou qualquer outra estratégia pedagógica o aluno tenha real noção de sua vulnerabilidade a qualquer uma dessas doenças.

Adolescência e Comportamento Sexual de Risco (CSR)

De acordo com o conceito de Ferreira Salles (1998), a adolescência é o período entendido socialmente como estágio intermediário entre a infância e a vida adulta. O adolescente se caracteriza pela indefinição do seu papel social, possui mais autonomia que a criança, mas não é capaz ainda de trabalhar e arcar com as responsabilidades do adulto. É fase caracterizada pelo conflito, mudança corporal, busca da independência e diferenciação familiar, indicando que ajustes estão ocorrendo. A mudança que o adolescente percebe nesse período, em si e no meio, levam-no às inseguranças e à dificuldade de definir quem seja.

Bock e Liebesny (2003) afirmam também que o adolescente encontra-se apto a se inserir no mundo adulto por ter seu corpo e cognições completamente desenvolvidos, porém estão excluídos do mundo do trabalho e, portanto, da independência ainda por longo tempo. Essa contradição entre capacidades que possuem e falta de autorização para o ingresso no mundo social adulto é responsável pela maior parte das características dos adolescentes como rebeldia, conflito geracional, indefinição de identidade e onipotência.

Segundo Knobel (*apud* RAPPAPORT, 1981), durante o período crítico da adolescência o jovem adota diferentes identidades que tanto se alternam como coexistem no mesmo período, refletindo tanto a busca do eu como o luto pela perda da infância. Ele estaria experimentando vários modelos de identidade para que progressivamente possa formar a sua própria.

Márcia (*apud* RAPPAPORT, 1981), por outro lado, entende a formação da identidade como envolvendo três dimensões: profissional, ideológica e sexual e acontecendo principalmente por dois processos: crise inicial pelo leque de escolhas e possibilidades que o jovem deve fazer e outra quando essa se define, faz sentido para o jovem e é incorporado ao ego.

No plano sexual, a mudança se dá através do amadurecimento sexual, devido à grande atividade hormonal que conduzirá à capacitação reprodutiva. Paralelo ao desenvolvimento físico, ocorrem modificações também em nível social, o adolescente adquire características do grupo de referência (tatuagens, brincos, roupas, etc.) para realizar o jogo de identificação, podendo conquistar estabilidade que antes obtinha apenas no grupo familiar (Zagury, 1996). Segundo Douglas (*in* Jeolás, 1995), diferentes áreas do conhecimento indicam a adolescência como o período de vida que apresenta maior vulnerabilidade a riscos, decorrente do momento intermediário, de mudança, quando a ansiedade ao risco está presente de maneira profunda. O adolescente encontra-se muito suscetível, não sabendo direito como lidar com seu corpo e com as novas possibilidades que estão aflorando, principalmente no que se refere à sexualidade. E é nesse período que geralmente surgem as primeiras relações sexuais, sendo que, na maioria das vezes, o jovem não possui informações suficientes para explorá-la de forma segura. Isto ocorre porque tudo é novo para ele e nem sempre procura se esclarecer sobre o assunto com pessoas mais experientes, até mesmo pela própria inibição. Sendo difícil momento para os pais desses adolescentes, que muitas vezes estão despreparados e ainda precisam aceitar que o filho cresceu e esta iniciando sua vida sexual, bem como poucos são os que conversam com os filhos sobre questões ligadas ao sexo, como namoros, anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis devido ao mito e preconceito a respeito do assunto. Muitas vezes, a escola sozinha tem que se responsabilizar pela educação sexual do adolescente, que pode não se dar de maneira significativa, uma vez que ele pode encontrar uma série de profissionais despreparados para lidar com o tema.

Por outro lado, existe também a forte influência da televisão, rádio, revistas e jornais na apresentação de questões ligadas à sexualidade que não devem ser ignoradas, mas trazidas para discussão na escola ou em casa para desenvolver o espírito crítico no adolescente, sendo mais dinâmico do que as denominadas aulas de Educação Sexual (Adamo *et al.*, 1987).

E é neste contexto de busca por identidade, caracterizada pela experimentação e influência do grupo, onde o pensamento abstrato e a impulsividade fazem com que se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever consequências, como sexo sem proteção, denominado como comportamento sexual de risco e uso de drogas.

O uso do etanol tem recebido especial atenção, em relação a outras substâncias psicotrópicas, devido à facilidade de acesso, baixo custo e permissividade social entre os adolescentes. Contudo, a literatura deixa evidente que o etanol, entre as outras drogas, está mais associado aos comportamentos de risco devido a mudanças comportamentais causadas pela substância, como alterações nas funções cognitivas, que diminui o planejamento de ações em resposta às situações, como agir sem pensar (FAGAN, 1990). Com isso, o uso e abuso do etanol constituem significativo problema entre estudantes dos diversos níveis de escolaridade, pois os alunos que consomem o etanol, sem moderação, desenvolvem consequências negativas, tais como acidentes, prejuízos na escola e comportamentos sexuais de riscos, que se caracteriza pela menor probabilidade no uso de preservativos e maior número de parceiros, bem como outras atitudes nocivas. Contudo, nosso objetivo no presente trabalho é levantar o perfil dos alunos de determinada escola de Botucatu/SP para evidenciarmos a real necessidade de adoção de estratégias pedagógicas que visem o trabalho dos dois temas, etanol (drogas) e CSR (sexualidade), de maneira correlacionada junto a essa parcela da comunidade.

Metodologia

O estudo foi realizado com alunos do ensino médio na Escola Estadual Euclides de Carvalho Pinto na cidade de Botucatu/SP. O uso de etanol e o comportamento sexual foram investigados através da aplicação de questionário anônimo e de auto-preenchimento (Anexo I) para 212 alunos com idades entre 15 e 45 anos. Uma vez que este estudo visa analisar o comportamento dos adolescentes, foram considerados somente os questionários de alunos com idades entre 14 e 21, seguindo o conceito de adolescência adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O questionário foi aplicado em sala de aula (antes ou após as atividades acadêmicas) e com anuência dos professores responsáveis por essas atividades, sendo que os alunos receberam todas as explicações sobre a forma como os dados seriam tratados, os objetivos e as demais informações pertinentes antes da aplicação do questionário. A aplicação foi supervisionada com o intuito de esclarecer dúvidas quando necessário.

Os questionários não continham identificação e, depois de respondidos, foram colocados em sacola preta. O procedimento visou garantir o anonimato da pessoa entrevistada o que aumentou a confiabilidade das respostas, uma vez que foram abordados temas delicados. O questionário foi composto de duas partes. Uma parte abordou as questões referentes ao consumo de etanol, como a idade inicial e frequência de consumo, bem como violência causada pelo uso abusivo. Na parte da

sexualidade, havia questões sobre idade de início da atividade sexual, vida sexual ativa, uso de preservativo e relações sexuais após a ingestão de etanol. O uso de preservativo foi abordado com “uso sempre”, “nunca” e “às vezes”, onde a resposta afirmativa para uma das duas últimas foi considerada como não uso.

A partir dos questionários, foi montado banco de dados que permitiu o cruzamento das informações referentes ao uso de etanol e comportamento sexual.

Resultados

A média de idade da população foi 17,5 anos, variando entre 14 e 21 anos. Na amostra total, 59% (n=125) foram mulheres. A proporção dos alunos entre as séries que estão cursando é: 36% no 1º colegial, 33% no 2º colegial e 31% no 3º colegial. A prevalência de usuários de etanol na amostra total de alunos do ensino médio (n=212) foi de 48,11%, mostrando ser significativa. Quanto a esse parâmetro, entre os alunos do sexo masculino, 49,9% consomem bebidas alcoólicas enquanto entre as mulheres 47,2% fazem o uso do etanol. Do total de alunos que ingerem bebidas alcoólicas, 69,6% afirmam que o fazem ocasionalmente, 18,6% de uma a duas vezes por semana, 5,8% de três a quatro vezes por semana e 5,9% todos os dias. O início da experiência com bebidas alcoólicas foi predominante nos indivíduos com 15 anos ou menos (69,6%), enquanto 29,4% afirmam ter iniciado a beber entre 16 e 18 anos. Ainda dentro do grupo de adolescentes que consomem etanol, 21,5% afirmam ter feito algo, sob efeitos da bebida, que se arrependeram, sendo que 10% afirmam já terem brigado alcoolizados.

Quanto à sexualidade, dos adolescentes analisados, 47,1% do total já teve relação sexual completa, onde 68% são homens e 32% do sexo feminino. Entre os homens que não ingerem bebidas alcoólicas, 38,6% já tiveram relação sexual contra 80% dos que usam a droga. Já no sexo feminino, no grupo de mulheres que não bebem, 30% já teve relação sexual contra 49,1% das que ingerem etanol.

A média geral de idade da iniciação sexual foi de 15 anos, onde o grupo masculino apresentou a média de 14,8 anos e 15,1 anos para o grupo feminino. No entanto, a média de idade de iniciação sexual dos indivíduos do sexo masculino que fazem o uso do etanol é de 14,2 anos contra 15,3 anos dos que não bebem. E o grupo feminino que ingere bebidas alcoólicas tem a idade média de iniciação sexual de 14,3 anos contra 15,3 anos do grupo de mulheres que afirmaram não beber.

Em relação ao uso de preservativo, 59% dos alunos, que tem vida sexual ativa, afirmaram o seu uso em todas as relações. Contudo, entre os usuários de etanol somente 66,8% dos homens e 48,3% das mulheres mostraram sempre utilizar o preservativo no ato sexual contra 68% dos homens e

65% das mulheres que não fazem o uso da droga em questão. Independente do uso de preservativo, 18% dos alunos questionados afirmaram ter tido ao menos uma vez na vida relação sem planejamento devido à ingestão de etanol.

Por fim, dados computados mostraram que 7% dos alunos já tiveram relação sexual sem preservativo devido aos efeitos do etanol.

Discussão

Verificou-se que metade dos alunos (49,9%) que participaram do questionário demonstrou o quanto o uso de bebidas alcoólicas está presente na vida dos adolescentes, embora a maioria (69,62%) tenha afirmado a ingestão ocasionalmente, o ato pode ser o suficiente para o uso abusivo, colocando a própria saúde em risco ou até mesmo de outras pessoas. Como já é sabido, talvez até por motivos culturais, o homem tende a beber mais e com frequência maior que a mulher, sendo este gênero o maior representante de distúrbios causados pelo alcoolismo no país. Outro fator preocupante é o acesso cada vez mais precoce às bebidas alcoólicas, provavelmente, devido a aceitação social. É mais fácil os pais se alertarem com o filho que usa a droga ilícita uma vez por mês do que com aquele que bebe varias vezes na semana, senão todos os dias (Mena, 2004). Além disso, as propagandas de bebidas alcoólicas parecem atingir, principalmente, a população mais jovem. A maioria dos estudantes (69,68%) começou a beber com menos de 15 anos e o restante (29,4%) entre 16 e 18 anos, sendo a maioria mulheres. Essa iniciação tardia pode ser devido a cultura de submissão feminina ao controle mais rigoroso dos pais e da sociedade.

Um motivo de preocupação é que 21,5% dos entrevistados consideraram já ter se excedido no consumo de bebidas alcoólicas e se arrependeram de algo que fizeram e que não teriam feito caso não tivessem ingerido etanol, como violência física, já vivenciada por 10% dos alunos usuários de etanol.

O uso do etanol pareceu estar relacionado com o fato dos adolescentes já terem se relacionado sexualmente pelo menos uma vez na vida, bem como a idade da iniciação sexual, onde a média de idade dos consumidores de bebidas alcoólicas é menor em relação aos alunos que não bebem. Essa relação pode ser possivelmente explicada pelo processo de socialização pelo qual passam os adolescentes, como festas e reuniões, podendo ter influenciado o consumo e, possivelmente, o início da vida sexual. Só que muitas vezes essa vida sexual se dá sem nenhum ou pouco conhecimento a cerca da sua sexualidade, onde não possui informações suficientes para explorá-la de forma segura.

Como mostram os dados, somente 59% dos alunos com vida sexual ativa usam o preservativo, estando os outros 41% dos adolescentes vulneráveis a DSTs e gravidez indesejada. Apesar de somente 7%, o que não deixa de ser número significativo, afirmarem ter tido relação sexual sem preservativo por que tinham ingerido algum tipo de bebida alcoólica, o uso de preservativo parece ter relação com a ingestão de etanol, pois os alunos que fazem a utilização do etanol apresentaram menor uso do preservativo.

Considerações finais

É extremamente preocupante a constatação de que o etanol está direta ou indiretamente associado a alguns comportamentos de risco, uma vez que essas substâncias são as mais consumidas entre os adolescentes, não só nesta escola, mas também no Brasil. Sendo a escola, espaço privilegiado da informação e saber, deve ocorrer a implementação de políticas públicas que promovam a saúde das crianças e adolescentes, bem como o envolvimento dos pais ou responsáveis nesses programas, pois a educação sobre a sexualidade e o uso de drogas lícitas e ilícitas não devem ser deveres somente da escola.

A alta prevalência de uso de etanol e a relação com comportamentos sexuais de risco encontrada no estudo indicam a necessidade de se intensificar as campanhas conjuntas voltadas à prevenção de DSTs e consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes, tarefa nada fácil devido à grande aceitação sócio-cultural da bebida. Também é necessária a mudança do tipo de abordagem, pois muitas campanhas sugerem que apenas o uso de preservativos e seringas descartáveis são suficientes para se proteger das DSTs. Porém, esquece-se que talvez não seja fácil, sob a ação da droga, discernir a seringa nova da usada ou se lembrar da importância do uso de preservativos. É preciso mostrar aos adolescentes que esses dois problemas estão mais próximos do que se imagina. São necessárias estratégias que envolvam diálogo, participação, levantamento de dúvidas a cerca dos temas, sexualidade e drogas, de maneira natural, fazendo com que os indivíduos deixem de encarar sua sexualidade como algo feio, proibido e errado, trazendo conhecimento do seu próprio corpo. Então a prevenção virá como consequência da aprendizagem, onde o sujeito saberá se posicionar de maneira crítica, responsável e construtiva diante as diversas situações.

Por fim, empresto de Freire (1996, p.58 e 88) as últimas palavras: “Sei que as coisas podem até piorar, mas sei também que é possível intervir para melhorá-las.” Através da certeza, espero ter contribuído para a mudança do mundo: “A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo o nosso sonho.”

Referências bibliográficas

- ADAMO, F. A. *et al.* **Juventude**: Trabalho, saúde e educação. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1974.
- ALARCÃO, M. Do uso ao abuso do álcool: fragmentos de vidas familiares. In: ALARCÃO, M. **Álcool, tabaco e jogo**: do lazer aos consumos de risco. Coimbra: Editora Quarteto, 2003.
- ALTMANN, H. Orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais. **Estudos Feministas.**, v.18, ano 9, p.575-585, jul. 2001.
- BANCO MUNDIAL. Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean. **Pan American Health Organization (PAHO)**, v.12, n.1, p.59-62, jul. 2002.
- Bock, A. M. B.; Liebesny, B.. Quem eu quero ser quando crescer: um estudo sobre o projeto de vida de jovens em São Paulo. In: S. Ozella . **Adolescências construídas**: A visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez. (2003) pp. 203-222
- BORGES, I.K.; MEDEIROS, M. Representações Sociais de DST/AIDS para Adolescentes de uma Instituição de Abrigo com Experiência Pregressa de Vida nas Ruas da Cidade de Goiânia. **J Brás Doenças Sex Transm.**, v.16, n.4, p.43-52, jul. 2004.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MECSEF, 1998.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. **Parâmetros curriculares nacionais** - Saúde. Brasília, 1997.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO - Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de DST e Aids, Série “**Crescendo de bem com a vida**” -Saúde na Escola, Livro do Professor. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/Aids. **Drogas, Aids e Sociedade**. Brasília, 1995.

BRENA, N. A.. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 1 ed. Brasil: São Paulo, 2006. 226p.

CARVALHO, A. A. As bebidas alcoólicas em Portugal. In: CARVALHO, A.A. **Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde)**. Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. p226

CARVALHO, A.A. Bebidas alcoólicas – problema de saúde pública. In: CARVALHO, A.A. **Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos casos de risco**. Coimbra: Editora Quarteto, 2003.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil – 2001. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas** - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2002. p. 480.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G., ET AL. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: **Secretaria Nacional Antidrogas**, 2007.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. **Juventude e sexualidade**. UNESCO: São Paulo, 2004. 226p

DUAILIBI, S.; PONICKI, W.; GRUBE, J.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAW, M. Does Restricting Opening Hours Reduce Alcohol Related Violence? **American Journal of Public Health**, v. 97, n.12, 2007.

DUAILIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Prevalência do Beber e Dirigir em Diadema – SP. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.6, p.1058-1061, dez. 2007.

DUARTE, P.C.A.V.; CARLINI-COTRIM, B. Álcool e Violência: Estudo dos Processos de Homicídios Julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba-PR, entre 1995 e 1998. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, v.1, p.17-25, jun. 2000.

ESCABECHE, M.C. Prevenção Primária das toxicodependências em meio escolar. Disponível em <http://www.drec.min-edu.pt/c/drec/PES/PREVENÇÃO_PrimESCOLAR.doc>. Acesso em: 10 nov. 2008.

FAGAN, J. Intoxicacao and aggression in drugs and crime. In: Tonry, M. **Crime and Justice**: a review of reserch. Chicago: Univ Chicago Press; 1990. 507p

FERNANDES, J. C. L. Práticas Educativas Para a Prevenção do HIV. AIDS: Aspectos Conceituais. **Cad. Saúde Públ.**, v.10, n.2, p.171-180, abr.1994.

FERREIRA-SALLES, L. M. **Adolescência, escola e cotidiano**: contradições entre o genérico e o particular. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

FIGUEIRÓ, M.N.D. Educação Sexual: problemas de conceituação e terminologias básicas adotadas na produção acadêmico-científica brasileira. **Semina: Ciências Sociais/Humanas**, v.17, n.3, p.286-293, set. 1996.

FIGUEIRÓ, M.N.D. **Educação Sexual**: retomando uma proposta, um desafio. 2.ed. UEL: Londrina, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1975.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1978. 150p

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; Uso pesado de álcool entre estudantes de 1º e 2º graus da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, v.1, n.1, p.25-32, 2000.

GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, p.3-6, abr/jun. 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas – Parte A: Estudo Envolvendo as 24 Maiores Cidades do Estado de São Paulo. **CEBRID**. São Paulo, 2000.

GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. Comparações dos Resultados de Dois Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Estado de São Paulo nos Anos de 1999 e 2001. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.52, n.1, p.43-51, 2003

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. A adolescência, o ensino e o abuso de drogas: reflexões. **Revista TEMAS**, v.49, n.10, p.48-57, 1995.

JEOLÁS, L.S. A modernidade e o risco do HIV/ AIDS na adolescência: Contribuições da Antropologia. **Boletim 29**. Universidade Estadual de Londrina, Jul/Dez 1995.

LARANJEIRA, R.; HINKLY, D. Avaliação da Densidade de Pontos de venda de Álcool e Sua Relação com a Violência. **Revista de Saúde Pública**, v.36, p.455-461, 2002.

MELLO, M.L.; BARRIAS, J.; BREDÁ, J. **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.

MENA, F. Vinte e cinco por cento dos jovens da elite bebem em excesso. **Jornal Folha de São Paulo**, 13 jun. 2004. Caderno 1.

MICHEL, O.R. **Álcool, drogas e alucinações**: como tratar. Editora Revinter: Rio de Janeiro, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano II, nº1, p.01 – 26, Jan./Jun. 2005.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G.; CARLINI, E.A. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003. **CEBRID**. São Paulo, 2004.

NOTO, A.R.; MOURA, Y.G.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Interações por Transtornos Mentais e de Comportamentos decorrentes de Substâncias Psicoativas: um Estudo Epidemiológico Nacional do Período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.51, n.2, p.113-121, 2002.

NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, R.E.; CARLINI, E.A. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras – 1997. **CEBRID**. São Paulo, 1998.

NOTO, A.R. (2004). Os Índices de Consumo de Psicotrópicos entre Adolescentes no Brasil. In: Pinsky, I.; Bessa, M. **Adolescência e Drogas**. Editora Contexto: São Paulo, 2004. p45-53.

RAPPAPORT, C. **Psicologia do desenvolvimento**. EPU: São Paulo, 1981. v2.

ROMANO, M.; DUAILIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Pesquisa de Compra de Bebidas Alcoólicas por Adolescentes em Duas Cidades do Estado de São Paulo – SP. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, Ago. 2007

RONCA, A.C.C.; ESCOBAR, V.F. **Técnicas pedagógicas: domesticação ou desafio à participação?** 3ed. Vozes: Petrópolis, 1984.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. **The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. World Health Organization: Geneva, 2002.

YUS, R. **Temas transversais: em busca de uma nova escola**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1998.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. Record: Rio de Janeiro, 1996. 277p

Anexo

Idade:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

1. Consome bebidas alcoólicas?

() sim () Não

Em caso de afirmativo responda as questões de 2 a 5.

2. Com qual frequência costuma beber?

() ocasionalmente

() 1 a 2 vezes por semana

() 3 a 4 vezes por semana

() todos os dias

3. Com que idade começou a experimentar bebidas alcoólicas?

() 15 anos ou menos

() 16-18 anos

() 19-21 anos

() 22 anos ou mais

4. Já fez algo de que se arrependeu e não teria feito caso não tivesse ingerido bebida alcoólica?

() sim () não

5. Já brigou depois de beber?

() sim () não

6. Você já teve relação sexual completa?

() sim () não

7. Com que idade você teve a primeira relação? ____ anos

8. Eu uso preservativo:

() uso sempre

() nunca

() às vezes

9. Teve relação sexual sem planejar porque tinham bebido?

() sim () não

10. Teve relação sexual sem preservativo porque tinham bebido?

() sim () não