

María Isabel
Cardona-Cardona¹
Sofía Posada-Mora²
Natalia Cadavid-Ruiz³
Linda Teresa Orcasita⁴

Programas de intervenção efetivos para a prevenção do HIV em adolescentes e jovens: uma revisão sistemática

Effective intervention programs to prevent HIV in adolescents and youth: a systematic review

RESUMO

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão sobre os programas de intervenção para prevenir a infecção por HIV em adolescentes e jovens, com o escopo de revelar as características que devem ser analisadas em futuras intervenções em saúde sexual e reprodutiva. **Métodos:** Foi realizado uma busca por artigos sobre programas de intervenção publicados entre 2004 e 2014 em bases de dados científicas. **Resultados:** Foram analisados 24 estudos que cumpriram com os critérios de inclusão. De acordo com estes, um programa é exitoso quando os temas e as atividades que propõe, promovem a participação ativa, a discussão e a prática dos conhecimentos e habilidades adquiridas por parte dos adolescentes e jovens. **Conclusão:** Os atuais programas oferecem lineamentos claros para replicar a eficácia dos programas, no entanto, é preciso assegurar que respondam aos interesses e realidades dos adolescentes e jovens.

PALAVRAS-CHAVE

HIV, saúde sexual e reprodutiva, adolescente, adulto jovem.

ABSTRACT

Objective: This study aims to make a review of intervention programs to prevent HIV infection among adolescents and young people, with the purpose of revealing the characteristics that must be taken into account in future interventions in sexual and reproductive health. **Methods:** A search for articles about HIV intervention programs was performed in scientific databases published between 2004 and 2014. **Results:** 24 studies were analyzed as they met the inclusion criteria. Accordingly to those, an HIV intervention program is successful when its contents and activities encourages the adolescents and young adults to have active participation, discussions and the opportunity to implement their acquired knowledge and new skills. **Conclusion:** The current programs offer clear guidelines to replicate the effectiveness of programs; however, it is necessary to ensure that they respond to the interests and realities of adolescents and youth.

KEY WORDS

HIV, sexual and reproductive health, adolescent, young adult.

¹MA Estudante. Psicologia - Departamento de Ciências Sociais - Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. Cali, Colômbia.

²Psychologist - Departamento de Ciências Sociais - Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. Cali, Colômbia.

³PhD – Professor Asociado do Departamento do Ciências Sociais – Grupo de Investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad da Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. Cali, Colômbia.

⁴MA – Professora e pesquisadora do Departamento do Ciências Sociais – Grupo de Investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad – Facultad de Humanidades da Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. Cali, Colômbia.

Linda Teresa Orcasita Pineda (ltorcasita@javerianacali.edu.co) - Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Calle 18 No. 118-250. Cali, Colombia. Código Postal: 760031.

Recebido em 21/09/2016 – Aprovado em 25/01/2017

> INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério do Amparo Social e o Instituto Nacional de Saúde¹, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) converteu-se em uma das infecções que mais afeta e impacta a saúde pública no mundo, sendo uma das principais causas de mortalidade. Adicionalmente, segundo o último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)², 36.7 milhões de pessoas vivem atualmente com esta infecção.

Do mesmo modo, as cifras apresentadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas (ONUSIDA)³ seguem corroborando com o alto impacto que esta infecção tem na população mundial, tanto que em 2015 foram apresentadas 2.1 milhões de novas infecções e 1.1 milhões de pessoas falecidas por causa do HIV/SIDA. Na América Latina, registraram-se 100.000 novas infecções e 50.000 mortes relacionadas com este vírus.

Na Colômbia também evidenciou-se o crescimento dessa epidemia paulatina e constantemente ao longo dos anos. Por exemplo, em 2010 foram reportados 6.707 casos de infecções pelo HIV, em 2011 7.381, em 2012 foram informados 8.196 e para 2013 aumentou para um total de 8.208 casos. Desde 1985 até 2013, 92.379 foram reportados casos de infecção pelo HIV/SIDA, de acordo com o Ministério de Saúde e Amparo Social (MSP)⁴.

Particularmente, existe uma preocupação mundial frente aos adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos, já que eles representam uma população altamente vulnerável e com alto risco de apresentar uma infecção pelo HIV. De acordo com o exposto pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)⁵, 40% dos novos casos reportados estão relacionados com esta população. Do mesmo modo, UNUSIDA (2012) afirma que a cada dia mais de 2.400 jovens adquirem a infecção pelo HIV, sendo já cinco milhões os adolescentes que convivem com este diagnóstico. Segundo o MSP⁴, o grupo etário com maiores

casos de transmissão pelo HIV é o de 25 a 29 anos (ao redor de 19.3% da população). Isto permitiria pensar que as pessoas podem contrair a infecção nas primeiras décadas de sua vida e que sua detecção tem ocorrido entre os 20 e 40 anos de idade⁶. Esta suposição encontra embasamento no fato de que a adolescência e a juventude são etapas do ciclo vital nas quais se está acostumado a, por um lado, experimentar maior incremento de práticas sexuais sem medidas de prevenção e o uso de substâncias psicoativas e, pelo outro, ter um limitado acesso aos serviços de saúde que provêm informação e serviços para a apropriação de habilidades para viver uma sexualidade responsável e saudável^{7,8,9,10,11}.

Tendo em conta este panorama mundial e nacional, surgem diferentes iniciativas públicas a fim de gerar ações para combater a infecção pelo HIV/SIDA em adolescentes e jovens. Por exemplo, o Ministério de Educação Nacional (MEN) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)¹², expuseram o Programa de Educação para a Sexualidade e Construção de Cidadania (PESCC) assim como os Serviços de Saúde Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SSAAJ), que são estratégias orientadas a transcender os projetos pedagógicos em educação sexual tradicionais, apoiados em uma compreensão da sexualidade de um olhar biológico e incluir uma visão da sexualidade que fosse integral, em que se abrangesse o contexto socio-cultural e as competências necessárias para que os meninos e jovens pudessem ser agentes ativos de direito. Para isto, os módulos incluíram temáticas como sexualidade, cidadania e direitos humanos, com o objetivo de desenvolver em crianças e jovens, conhecimentos específicos sobre sexualidade, competências cognitivas, competências comunicativas e competências emocionais.

Na mesma linha, a Organização Pan-americana da Saúde (OPS)¹³ expôs a importância de desenhar planos nacionais de prevenção e pro-

moção frente ao HIV que contemplassem diferentes recomendações, como promover os conhecimentos a respeito das vias de transmissão do HIV e suas formas de prevenção, velar pela promoção dos direitos humanos, e incluir no desenho, aplicação e avaliação dos programas de prevenção às pessoas com diagnóstico do HIV.

Do mesmo modo, UNFPA¹⁴ procurou promover a implementação dos Serviços de Saúde Amigáveis, os quais têm como objetivo adequar os serviços de saúde às necessidades dos adolescentes e jovens, lhes brindando com espaços físicos em que possam encontrar informação e assessorias, por parte de profissionais em saúde, em temas relacionados com saúde sexual e reprodutiva, métodos de anticoncepção, teste do HIV, entre outros. Em conjunto, estas iniciativas públicas demonstram como se continua reconhecendo a importância de abordar a prevenção da infecção pelo HIV, a partir da implementação de programas e projetos que apontem que os adolescentes e jovens possam viver uma sexualidade responsável e saudável, através da aprendizagem de novas competências e o acesso à informação correta e confiável.

A ONUSIDA³ afirma que alguns dos desafios de assumir em benefício da prevenção em adolescentes e jovens estão relacionados a lhes permitir acesso a serviços de saúde e educação sexual e reprodutiva adequados, de alta qualidade e adaptados a esta população. Do mesmo modo, expõe-se que em distintos países não se implementam estratégias e programas integrais de prevenção, sendo necessário desenvolver propostas adaptadas às necessidades próprias da população com o objetivo de atender às suas particularidades de gênero, posição social, idade, e contexto cultural ao qual pertence.

Apesar destas diferentes propostas para combater a transmissão do HIV, segue evidenciando-se nos adolescentes e jovens práticas sexuais de risco, como por exemplo, a falta de uso consistente do preservativo, pouco conhecimento frente às vias de transmissão do HIV e outras

doenças sexualmente transmissíveis (DST), baixa percepção de risco frente a possibilidade de adquirir o HIV ou outras DST, início das relações sexuais nas primeiras idades, múltiplos casais sexuais, entre outras. É obvio que estas práticas de risco se relacionam com o contínuo aumento das cifras de novas pessoas diagnosticadas com diversas DST nesta faixa populacional^{7,8,10,15}.

Com o objetivo de fornecer desenhos e estratégias de intervenção bem-sucedidas em prevenção do HIV na população adolescente e jovem, o presente artigo desenvolve uma revisão sistemática da literatura científica sobre as intervenções implementadas a nível mundial, nesta população, para responder à pergunta: quais são as características dos programas de intervenção que procuram melhorar as práticas sexuais dos adolescentes e jovens para a prevenção do HIV? Esta revisão procura oferecer a futuros investigadores conhecimentos, pautas e recomendações, apoiadas na evidência, para futuras intervenções em saúde sexual e reprodutiva.

MÉTODO

Desenho

Para esta revisão, empregou-se um desenho de investigação teórica, de observação em retrospectiva para sintetizar os resultados de um conjunto de investigações primárias sobre as particularidades tidas em conta dentro dos programas de intervenção, com o fim de fazer recomendações e melhorar as práticas sexuais de adolescentes e jovens¹⁶.

Amostra

Para o desenvolvimento da presente revisão sistemática, foram recuperados 98 artigos científicos dos quais se analisaram 24, já que cumpriam totalmente com os seguintes critérios de inclusão: (a) ser estudo publicado em revista científica, entre janeiro de 2004 e abril de 2014, considerando revistas publicadas em inglês e em

espanhol; (b) ser investigação empírica para implementar e avaliar um programa de intervenção para a prevenção do HIV ou outras DST; (c) incluir a descrição do programa de intervenção, em que se desse conta dos módulos ou temas trabalhados, a duração, metodologia e instrumentos utilizados; (d) reportar dados quantitativos ou qualitativos para avaliar a efetividade do programa de intervenção; (e) que o programa de intervenção estivesse dirigido a adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos de idade.

Procedimento

Este trabalho teve início com a seleção das bases de dados mais reconhecidas no campo das ciências sociais, particularmente, para a disciplina da psicologia, em busca de material bibliográfico que apresentasse a descrição de programas de intervenção em prevenção frente ao HIV, desenhados e implementados em população adolescente e jovem, que tenham tido alto impacto e resultados bem-sucedidos a nível mundial. Estas bases de dados foram: ProQuest Psychology Journals, PsycARTICLES (APA-American Psychological Association), EBSCO e SciELO (Scientific Electronic Library Online). As palavras-chave utilizadas foram selecionadas do tesouro em inglês proposto pela American Psychological Association (APA) 2015, empregando os conectores <and>/<or> e definindo que os campos de seleção de busca fossem título, íntegra e resumo. As palavras-chave consideradas foram *intervention program, project OR workshop; AIDS, HIV OR STI; promotion, prevention OR sex education; e young adults, teenagers OR juvenils*. Empregaram-se palavras chave em inglês por ser o idioma de maior uso na escrita científica, além de considerar que todas as bases de dados empregadas permitem recuperar artigos escritos em qualquer idioma a partir de uma palavra chave em um idioma específico.

Todos os artigos recuperados em cada base de dados que combinavam as palavras chave anteriores foram revisados para identificar aqueles materiais bibliográficos que cum-

priam cabalmente com os critérios de inclusão do presente trabalho.

Análise de dados

Realizou-se uma análise de conteúdo dos artigos selecionados, considerando as seguintes categorias: (a) caracterização dos materiais bibliográficos; (b) modelo conceitual que apoia a intervenção; (c) variáveis de intervenção e avaliação; (d) descrição sociodemográfica dos participantes (idade, sexo, nível de escolaridade, raça); (e) descrição da intervenção (duração, número de sessões, metodologia, atividades empregadas); (f) resultados alcançados, no que se justifique o êxito ou não do programa, seja a partir de uma análise quantitativa ou qualitativa dos dados. Cada uma destas categorias foi codificada em matrizes de análise, para comparar o conteúdo dos materiais bibliográficos selecionados e, assim, poder identificar similitudes e diferenças entre os diferentes artigos que reportavam programas em prevenção do HIV e outras DST bem-sucedidos, implementados na população adolescente e jovem.

RESULTADOS

Para apresentar uma síntese dos achados realizados a partir da revisão sistemática dos 24 artigos científicos que cumpriram com os critérios de inclusão do presente trabalho dividiu-se essa seção nas seguintes categorias de análise: caracterização dos materiais bibliográficos, modelo conceitual que apoia a intervenção, variáveis de intervenção e avaliação, descrição sociodemográfica dos participantes, descrição da intervenção e resultados alcançados. Apresenta-se esta organização das categorias para permitir aos leitores encontrar informação a respeito dos aspectos mais importantes a se considerar na hora de desenhar e implementar um programa de intervenção em saúde sexual e reprodutiva, de acordo ao exposto na literatura. Os resultados que aqui se sintetizam, encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Classificação dos estudos incluídos na presente revisão sistemática.

#	Autores	Caracterização dos materiais bibliográficos	Modelo conceitual no qual se baseia a intervenção	Variáveis de intervenção e avaliação	Descrição sócio demográfica dos participantes	Descrição da intervenção	
						Duração	Tipo das atividades
1	Montanaro et al.	EUA, 2014	Modelos de crenças em Saúde (Rosenstock, Strecher, and Becker, 1988)	Suscetibilidade, atitudes frente ao uso do preservativo e autoeficácia	258 participantes com média de 20 anos	Intervenção Deviam completar as sessões de uma hora, no tempo de sua escolha	Baseada em um programa de computador
2	Rodríguez et al.	Cuba, 2013	Não se especifica	Conhecimentos sobre SSR, uso da Camisinha e métodos de planejamento, comunicação na relação de casal	332 estudantes da escola de enfermagem e 260 estudantes da faculdade de tecnologia, entre 14 e 20 anos	Um semestre escolar.	Palestras, atividades artísticas e criativas
3	Mustanski et al.	EUA, 2013	Modelo de Habilidades de Comportamento-Informação-Motivação (J. D. Fisher y Fisher, 1992, 2000)	Conhecimentos frente as DST, uso correto do preservativo, autoeficácia, tomada de decisões	102 HJSH adolescentes entre 18 e 24 anos	7 módulos de 2 horas	Oferecido via internet, atividades interativas
4	Mariño y Santoya	Cuba, 2013	Modelo educativo-participativo	Conhecimentos sobre sexualidade	150 adolescentes, pertencentes aos graus sétimo, oitavo e nono	3 meses, cada sessão durava 1 hora	Técnicas grupais de animação, debates, atividades analíticas e reflexão
5	Kmett et al.	EUA, 2013	Não se especifica	Uso do preservativo, autoeficácia e conhecimentos frente ao HIV	41 mulheres afro americanas entre 13 e 18 anos	Tiveram 30 dias para completar as sessões de uma hora, no tempo de sua escolha	Implementação de uma plataforma virtual
6	Heeren et al.	Sudáfrica, 2013	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994)	Conhecimentos acerca do comportamento de risco, DST, pressão social, abstinência, uso correto do preservativo, habilidades de negociação	240 estudantes universitários entre 18 e 24 anos	8 módulos de 45 minutos	Uso do computador com áudio, exercícios interativos, jogos, jogo interpretação de papéis, chuva de ideias e discussões em grupo

continua

Continuação da Tabela 1

#	Autores	Caracterização dos materiais bibliográficos	Categorias de análise			
			Modelo conceitual no qual se baseia a intervenção	Variáveis de intervenção e avaliação	Descrição sócio demográfica dos participantes	Descrição da intervenção Duração Tipo das atividades
7	Sales et al.	EUA, 2012	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994) e a teoria gênero e poder (Winwood e DiClemente, 2000)	Frequência na comunicação com o companheiro e o uso do preservativo	715 adolescentes afro-americanas entre 15 e 21 anos	Duas sessões de quatro horas As sessões foram interativas
8	Niño et al.	Colômbia, 2012	Teoria da ação razoável (Fishbein y Ajzen, 2009) e a teoria do aprendizado social (Bandura, 1994)	Conhecimentos sobre sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, comunicação, tomada de decisões e autoeficácia	Estudantes entre 12 e 19 anos, de ambos os sexos	48 horas Não se especifica
9	Barker et al.	EUA, 2012	A teoria da proteção e a motivação	Conhecimentos frente ao HIV e estigma	1654 adolescentes afro-americanos entre 13 e 18 anos	Um workshop de 2 dias Grupos de discussão, trabalhos manuais, arte, jogo de interpretação de papéis, jogos didáticos, histórias, vídeos
10	Klein y Card	EUA, 2011	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994) e A teoria do gênero e poder (Winwood e DiClemente, 2000)	Conhecimentos sobre HIV, uso do preservativo, comunicação e habilidades sociais	178 meninas afro-americanas entre 14 e 18 anos	Quatro sessões de três horas Uso do computador e de um programa virtual, atividades práticas, grupos de discussão, palestras, jogo de interpretação de papéis e exercícios para a lar
11	Ferrer et al.	EUA, 2011	Teoria da ação razoável (Fishbein y Ajzen, 2009) Modelo de Habilidades de Comportamento- Informação- Motivação (Fisher, Fisher, y Harman, 2003),	Uso do preservativo, educação emocional, cognitiva e social.	176 estudantes universitários	120 minutos Vídeos

continua

Continuação da Tabela 1

#	Autores	Caracterização dos materiais bibliográficos	Modelo conceitual no qual se baseia a intervenção	Categorias de análise			
				Variáveis de intervenção e avaliação	Descrição sócio demográfica dos participantes	Descrição da intervenção Duração Tipo das atividades	
12	Chandwani et al.	EUA, 2011	Não se especifica	Aderência ao tratamento, conhecimentos frente ao HIV, outras DST e a reinfecção. Sexualidade: comportamentos de risco, estratégias de redução dos riscos, habilidades e barreiras e revelação do dx	166 adolescentes diagnosticados com HIV entre 13 e 21 anos	12 sessões grupais e 5 sessões individuais	Atividades interativas, tarefas para a casa, material didático, vídeos, atividades práticas, jogo de interpretação de papéis.
13	Jemmott et al.	EUA, 2010	Teoria da ação razoável (Fishbein y Ajzen, 2009), a teoria do aprendizado social (Bandura, 1994) e a teoria do comportamento planejado	Conhecimentos, motivação e uso correto do preservativo	1707 mulheres, adolescentes, afro-americanas entre 13 e 18 anos	Três módulos compostos por duas sessões	Atividades interativas tais como filmes, pequenos grupos de discussão, exercícios experimentais e jogo de interpretação de papéis
14	Diclemte et al.	EUA, Sinônimos sugeridos: papel, função, responsabilidade	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994) e a teoria do poder e gênero (Winwood e DiClemente, 2000)	Auto-conceito, autoestima, práticas sexuais seguras e conhecimentos frente ao HIV	170 adolescentes afro-americanas, entre 14 e 20 anos de idade	Duas sessões de quatro horas	Jogo de interpretação de papéis
15	Mueller et al.	EUA, 2009	Não se especifica	Conhecimento, vulnerabilidade e atitudes frente ao HIV. Autoeficácia	Adolescentes hispanos/ latinos com idades compreendidas entre 13-18 anos	15 sessões de 45 minutos	Não se especifica
16	Lemieux, Fisher y Pratto	EUA, 2008	Modelo de Habilidades de Comportamento- Informação- Motivação (J. D. Fisher y Fisher, 1992, 2000)	Conhecimento, motivações e habilidades sociais	306 estudantes de preparatória, com idade média de 16 anos	4 meses	Redação, gravação e produção de músicas
17	Givaudan et al.	México, 2008	Teoria da ação razoável (Fishbein e Ajzen, 2000) e a teoria do aprendizado social (Bandura, 1994)	Comunicação, autoestima, autoeficácia, tomada de decisões e conhecimentos sobre sexualidade	2064 participantes, média de idade de 15 anos	30 horas. 2 horas semanais	Atividades práticas e de análise, jogo de interpretação de papéis

continua

Continuação da Tabela 1

#	Autores	Caracterização dos materiais bibliográficos	Categorias de análise				
			Modelo conceitual no qual se baseia a intervenção	Variáveis de intervenção e avaliação	Descrição sócio demográfica dos participantes	Descrição da intervenção Duração Tipo das atividades	
18	Wingood et al.	EUA, 2006	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994) e a teoria do poder e gênero (Winwood e DiClemente, 2000)	Orgulho de etnia e gênero, conhecimentos frente ao HIV, atitudes frente ao preservativo, relações saudáveis, comunicação e habilidades no uso da camisinha	522 garotas afroamericanas, sexualmente ativas, com idades entre os 14 e 18 anos	Quatro sessões, com uma duração de quatro horas	Discussões, jogo de interpretação de papéis, revisão de obras artísticas criadas por mulheres afro-americanas
19	Shamagonam et al.	África, 2006	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994)	Conhecimentos corretos frente ao HIV e atitudes positivas frente ao uso do preservativo.	1.428 alunos entre os 12 e 21 anos	20 sessões	Metodologias didáticas e interativas: trabalhos em grupo e jogo de interpretação de papéis
20	Karnell et al.	Sudáfrica, 2006	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994), a inoculação social e teoria da conduta cognitiva.	Conhecimentos e atitudes frente ao consumo de álcool e prevenção do HIV	325 adolescentes com uma média de idade de 16 anos	10 unidades de 30 minutos cada	Monólogos, discussões e jogo de interpretação de papéis
21	Kaljee et al.	Vietnam, 2005	Modelo PMT	Conhecimentos e autoeficácia	480 jovens entre os 15 e 20 anos de idade	10 sessões de 2 horas	Não se especifica
22	Jemmott et al.	EUA, 2005	Teoria cognitiva comportamental e evidência empírica	Conhecimentos frente ao HIV e estratégias de afrontamento	682 garotas adolescentes afro-americanas e latino-americanas sexualmente ativas, com uma média de idade de 15 anos	Três sessões de 250 minutos	Palestras informativas, atividades práticas, vídeos, jogos, exercícios experimentais, discussões em grupo
23	Callejas et al.	Espanha, 2005	Não se especifica	Conhecimentos e atitudes sobre DST e gravidez não desejada	Estudantes de 4º ano de ensino secundário entre 14 e 18 anos	Curso de mensagens publicitárias e duas palestras educativas com uma duração de 50 min	Não se especifica
24	Martinez-Donate et al.	México, 2004	A teoria do aprendizado social (Bandura, 1994) e o modelo de crenças em saúde (Rosenstock, Strecher y Becker, 1994)	Conhecimentos, acesso e negociação do preservativo	320 estudantes de preparatória com média de idade de 17 anos	7 sessões	Informação fornecida magistralmente, dramatizações, jogo de interpretação de papéis, vídeos, discussões e demonstrações

Caracterização dos materiais bibliográficos

Para esta caracterização foram levadas em conta variáveis como o ano e o país onde foram realizadas as propostas de intervenção. Constatou-se que 14 dos 24 estudos que cumpriam com as categorias de inclusão foram implementadas nos Estados Unidos da América (EUA), seis em países de língua espanhola, três na África e um no Vietnã, todos implementados entre 2004 e 2014. Nessa linha, a maioria dos estudos foram publicados recentemente, após 2013. Aquelas investigações realizadas nos EUA apresentaram maior sistematização dos dados já que especificavam de maneira pontual e detalhada as categorias objetivo para a intervenção, assim como seu impacto no atraso da atividade sexual, o aumento do uso do preservativo e, portanto, a prevenção do DST e gravidez não desejada.

Modelo conceitual que apoia a intervenção

Em 19 das 24 intervenções revisadas foram estruturadas propostas de intervenção a partir de modelos teóricos definidos, que foram o Modelo de Habilidades de Comportamento-Infomação-Motivação¹⁷, a Teoria de Gênero e Poder¹⁸, a Teoria de Ação Razão¹⁹ e o Modelo de Crenças em Saúde²⁰; sugerindo que seus autores procuravam sustentar os esboços e conteúdos de seus programas para acautelar a infecção pelo HIV e outras DST em bases teóricas aceitas por comunidades científicas. O modelo mais utilizado foi o exposto por Bandura²¹, como marco da teoria social cognitiva, com objetivo de explicar os comportamentos humanos a partir da inter-relação entre fatores cognitivos, afetivos e biológicos do indivíduo com seu ambiente circundante. Parece que esta teoria é tida em conta dentro das diferentes propostas aqui analisadas, já que oferecem de forma explícita os componentes considerados necessários na hora de propor um programa de intervenção, independentemente do tema que se busque trabalhar.

Estes estudos destacam o valor de quantos componentes o modelo de Bandura²¹ sugere para caracterizar uma intervenção. Especificamente, estes trabalhos ressaltam os componen-

tes informativo (para brindar conhecimentos sobre os riscos em saúde), as habilidades sociais e a auto-regulação (de forma que se assegure que os participantes na intervenção levem à prática os conhecimentos adquiridos), aumento da resiliência e a autoeficácia no uso do preservativo, tendo em conta a construção de redes de apoio, que se convertam em fontes de informação confiáveis e de acompanhamento.

Os estudos reportam a importância de integrar modelos teóricos para a estruturação dos mesmos, com o fim de complementar e gerar programas que sejam integrais, bem-sucedidos e respondam a todas as necessidades específicas das populações com as que se vai trabalhar^{22, 23, 24}. Entre os mais citados se encontram o Modelo de Habilidades de Comportamento-Infomação-Motivação, a Teoria de Gênero e Poder, e a Teoria Social Cognitiva.

Variáveis de intervenção e avaliação

Esta categoria de análise permite revelar quais são as variáveis incluídas na abordagem de temas em saúde sexual e reprodutiva. Nesta revisão sistemática, encontrou-se que a variável conhecimento foi um dos aspectos principais a se desenvolver, já que dos 24 estudos, 21 reportaram tê-la incluído dentro de suas intervenções. Esta variável destaca-se pelo fato de que os adolescentes que têm conhecimentos sobre o HIV e outras DST tendem a ter maior percepção de risco, quer dizer, maior probabilidade de reconhecer a possibilidade de contágio frente a estas infecções. Assim, as investigações evidenciaram que quanto maior o conhecimento, menores as práticas de risco^{25,26,27,28,29}.

Adicionalmente, 17 das investigações incluíram a variável autoeficácia, já que esta é uma habilidade que promove a ação através de estratégias efetivas que acautelam o risco frente ao HIV, especificamente, os estudos trabalhavam a capacidade para dizer não às relações sexuais, a habilidade para perguntar ao casal sobre as relações sexuais anteriores e a capacidade para adquirir e utilizar corretamente os preservativos^{23,30,31,27,32}.

Do mesmo modo, 11 dos 24 estudos tiveram em conta a aquisição de habilidades sociais, como a comunicação e a negociação. Este componente permite levar a ação aqueles conhecimentos já adquiridos, através de estratégias que permitem a solução de problemas para estabelecer acordos, a negociação do uso do preservativo e a tomada de decisões assertivas em função da prevenção do HIV^{33,34,27,35}.

Finalmente, alguns dos estudos revisados sugerem que é importante incluir conteúdos que trabalhem a regulação emocional, já que aqueles adolescentes e jovens que conseguem dirigir seus sentimentos, são capazes de controlar seus comportamentos de maneira assertiva^{36,25,37,26,28}. É importante analisar como estão avaliando as diferentes propostas de intervenção, pois dessa forma é possível medir a eficácia das propostas de intervenção, e estabelecer a qualidade das propostas, se as mesmas são adequadas para a população, e propor mudanças quando necessário.

Dentro desta revisão sistemática se evidenciou que, quanto às metodologias implementadas para a avaliação do programa de intervenção, a maioria dos estudos expôs um desenho quantitativo do tipo longitudinal. Alguns estudos utilizaram uma amostragem por conglomerado de duas fases para a seleção de suas amostras. Outros não reportaram a estratégia empregada.

Do mesmo modo, a maioria dos trabalhos analisados avaliou a eficácia de suas intervenções através de questionários que indagavam a respeito de conhecimentos, atitudes, autoeficácia, percepção de risco e práticas sexuais de risco. Os momentos de avaliação oscilaram entre duas e quatro vezes no tempo, antes e depois da intervenção^{33,38,29}. Neste ponto, cabe ressaltar que muitos dos artigos que foram descartados nesta revisão, não reportavam informação a respeito de sua metodologia e forma de avaliação, o qual não permitia evidenciar seu impacto.

Descrição sociodemográfica dos participantes

Dos 24 artigos, 14 reportaram intervenções realizadas nos EUA. Todos eles foram desenhados para os jovens de menor idade (entre 12 e

20 anos), incluindo aqueles grupos considerados de alto risco, como jovens latino-americanos e afro-americanos. Além disso, todos eles procuraram incluir jovens de recursos socioeconômicos e culturais limitados. Por outra parte, quatro destes 14 trabalhos se centraram em trabalhar unicamente com mulheres, quando outros procuraram incluir um mesmo número de participantes de cada gênero. Do mesmo modo, implementaram-se os programas em adolescentes e jovens que cursavam entre o oitavo e o décimo-primeiro grau de bacharelado ou estavam iniciando a vida universitária e pertenciam a instituições educativas de estratos socioeconômicos baixos e médios^{39,22,23,40,38,31,29,35}.

Destaca-se a importância da abordagem da população adolescente e jovem, já que esta se encontra propensa a incorrer em condutas sexuais de risco para a infecção pelo HIV, visto que esse grupo está iniciando a vida sexual, não está acostumado a usar o preservativo e há baixa percepção de risco. Além disso, consideram-se determinantes sociais, como o sexo e a etnia, devido ao aumento na prevalência do HIV nesses grupos populacionais^{41,42}.

Descrição das intervenções

A implementação dos programas se caracterizou por sua aplicação em grupos pequenos de aproximadamente 15 participantes. Parece que esta estratégia procura assegurar um maior controle sobre o manejo do grupo e assegurar a compreensão dos temas em cada participante.

O trabalho realizado com cada grupo oscilou entre 4 e 15 sessões, com duração entre duas e quatro horas cada sessão. Cada uma das atividades desenhadas foi ditada por peritos sob o uso de metodologias participativas, com o fim de permitir a construção conjunta de conhecimentos entre o facilitador e os participantes. Por esta razão, promoviam-se atividades que permitiam o debate, o autoconhecimento, a reflexão, a análise de suas limitações e qualidades em situações de risco. Entre eles, destacou-se o uso do jogo de papéis como estratégia para desenvolver temas como a comunicação assertiva, tomada

de decisões e a negociação do preservativo. Em geral, o uso destas metodologias permitia que os participantes pusessem em prática as habilidades que foram aprendendo, oferecendo a possibilidade, aos participantes e ao facilitador, de retroalimentar os exercícios. Finalmente, alguns estudos também fizeram uso de tecnologias, como computadores, internet, plataformas de redes sociais e mensagens de celular, procurando alcançar os mesmos objetivos das metodologias anteriormente mencionadas, motivar aos participantes e retroalimentar suas intervenções^{39,27}.

Aquelas propostas inovadoras que tiveram um impacto significativo na população, conseguiram estabelecer relações horizontais, nas quais se promovia a interação e o intercâmbio de ideias entre os adolescentes e quem dirigia a intervenção, com o fim de promover a participação ativa e a geração de estratégias próprias.

Resultados alcançados pelas intervenções avaliadas

Entendendo que a maioria dos estudos encontrados foram de corte quantitativo, nesta revisão sistemática se estabeleceram os seguintes critérios para definir se as propostas foram bem-sucedidas ou não: a) avaliar no tempo os efeitos da intervenção, ao comparar, pelo menos dois momentos: um de pré-intervenção e outro de pós-intervenção; b) especificar a análise estatística para medir o impacto da proposta (ex. valor estatístico empregado, nível de significância, intervalos de confiança, tamanho do efeito, etc.; ver tabela 2). A partir desta análise, pode-se dizer que dos 24 artigos, 20 foram bem-sucedidos, devido ao impacto estatístico obtido nas diferentes variáveis que tinham trabalhado dentro das propostas de intervenção.

Tabela 2. Resultados alcançados nas intervenções analisadas no presente estudo.

Artigos	Categorias da análise	
	Variáveis de impacto	Estatística
1	Mudanças de condutas de risco	Modelos de Equações Estruturais (MES)
2		Estatísticas descritivas
3	Diminuição na frequência no sexo anal sem proteção	Modelo linear geral (MLG)
4	Conhecimentos frente ao HIV	Não reporta valor da estatística empregado
5	Conhecimentos frente ao HIV Reduziu comportamentos de risco Aumentou autoeficácia uso da camisinha	Teste T
6	Redução nas relações sexuais sem proteção Aumentou frequência uso da camisinha	Modelo linear geral
7	Aumentou comunicação com o companheiro Aumentou o uso da camisinha	Equações de estimação generalizadas (GEE) Regressão Linear, Regressão Logística
8	Aumentou conhecimentos	Coefficiente de correlação de Spearman
9	Aumentou conhecimentos Diminuiu o estigma em pessoas com HIV	Análise da covariância
10	Aumentou a autoeficácia no uso da camisinha Aumentaram os conhecimentos	Teste T Qui-Quadrado
11	Aumentou o uso do preservativo	Mínimos Quadrados Ordinários (MCO)
12	Sem dados	Estatísticas descritivas

continua

Continuação da Tabela 2

Artigos	Categorias da análise	
	Variáveis de impacto	Estatística
13	Aumentou uso da camisinha nos adolescentes maiores entre 17 e 18 anos	Regressão logística
14	Maior frequência na comunicação sexual Maior uso da camisinha Maior autoeficácia para negação a se ter relações sem camisinha	Test T Qui-Quadrado Regressão logística
15	Sem dados	Sem dados
16	Aumentaram as intenções para evitar o HIV	ANOVA
17	Aumentaram conhecimentos	Modelos multinível
18	Aumentaram conhecimentos Aumentaram atitudes favoráveis ao uso da camisinha Autoeficácia uso da camisinha Melhoraram habilidades uso da camisinha	Regressão logística
19	Aumentaram conhecimentos de curto prazo Aumentaram conhecimentos de longo prazo	Modelos lineares mistos (IBM)
20	Diminuiu ter relações sexuais sob a influência do álcool Autoeficácia para rejeitar uma relação sexual Aumentou a intenção de usar a camisinha	Regressão logística binária
21	Aumentaram conhecimentos e vulnerabilidade ao HIV Aumentou a autoeficácia Aumentou a eficácia no uso da camisinha Incrementaram as intenções de usar a camisinha	ANCOVA (análise de covariância) Coeficiente de Correlação Intraclasse
22	Menor frequência de relações sexuais sob a influência de substâncias psicoativas Incrementou conhecimentos Incrementou conhecimentos uso da camisinha Incrementou intenções uso da camisinha	χ^2 de Pearson Regressão de Poisson Análise de covariância Regressão logística
23	Aumentou conhecimentos prevenção DST Uso correto do preservativo	Qui-quadrado Teste T
24	Impactou no início das relações sexuais Aumentou a obtenção de camisinhas	Regressão de Cox

De maneira geral, os diferentes estudos reportaram que as variáveis que obtiveram um efeito positivo foram o conhecimento, a percepção de risco, a autoeficácia, as atitudes e o uso correto do preservativo, o qual permite a prevenção do HIV e outras DST, assim como as gestações não desejadas. Entretanto, os estudos reportaram ter maior impacto nas variáveis associadas ao conhecimento sobre sexualidade e

o HIV, do que nas práticas sexuais preventivas dos adolescentes e jovens. Por esta razão, estes mesmos estudos propõem que, para que as intervenções sejam bem-sucedidas se deve incluir a formação de novos conhecimentos e habilidades, assim como o desenvolvimento de conteúdos relacionados com a regulação emocional, o projeto de vida, os direitos sexuais e reprodutivos e as autopercepções de seus participantes^{22,43,28}.

> DISCUSSÃO

De acordo com os diferentes achados reportados neste trabalho, é fundamental reconhecer que, para desenvolver o conteúdo de um programa de intervenção bem-sucedido, este deve estar justificado em vários modelos teóricos que guiem seu desenvolvimento e sustentem seus esboços de intervenção⁴⁴. Estes modelos devem oferecer bases claras para definir as pautas de intervenção, devem contemplar conhecimentos em saúde e prevenção, assim como habilidades sociais e estratégias sobre autoeficácia. A revisão realizada neste trabalho evidenciou que empregar este suporte teórico permite desenhar propostas integradoras com sustento explicativo e interpretativo das realidades sociais que emergem em um fenômeno tão complexo como é a abordagem da sexualidade.

Em relação às variáveis de intervenção, evidenciou-se que as diversas propostas se centraram em maior medida em abordar ferramentas de autoeficácia no uso do preservativo, conhecimentos sobre o DST e, em alguns casos, em estratégias de comunicação e negociação^{45,34,29}. Isto evidenciou que ainda existe um olhar da sexualidade com foco na perspectiva biológica e reprodutiva, incluindo em algumas ocasiões a dimensão afetiva-relacional, mas esquecendo sua função erótica, variável que pode desempenhar um papel fundamental nas intervenções devido ao momento de desenvolvimento no que se encontram os adolescentes e jovens, caracterizado pela exploração de novas experiências e busca de sensações de prazer. Tendo em conta o exposto pelo Ministério de Saúde e de Amparo Social¹¹, é fundamental expor uma nova visão da sexualidade, que resignifique sua vivência e que considere a pessoa como um sujeito integral, político e social. Por isso, considera-se importante que futuras intervenções definam o conceito de sexualidade que permeia a intervenção, de modo que ajude a escolher seus conteúdos temáticos, assim como sua abordagem. Os resultados desta revisão sugerem conside-

rar a sexualidade e suas diferentes dimensões (afetiva-comunicativa, erótica e biológica-reprodutiva) para assegurar o interesse de jovens e adolescentes no programa de intervenção. Nesta ordem de ideias, considera-se fundamental que os programas desenvolvam componentes teóricos e habilidades sociais que permitam aos adolescentes aprender a respeito das formas de transmissão e os métodos de prevenção das DST, sem deixar de lado o reconhecimento de práticas prazerosas e seguras, assim como a expressão de sentimentos, motivações e emoções para a vivência de uma sexualidade integral.

Além disso, identificou-se a importância de que as propostas considerem desenhos mistos que integrem perspectivas metodológicas quantitativas e/ou qualitativas rigorosas que permitam demonstrar, objetivamente, a eficácia da intervenção, assim como seu impacto na população adolescente e jovem, já que vários estudos foram descartados desta análise por não contar com informação suficiente sobre sua eficácia. É óbvio que o uso de desenhos metodológicos apropriados, permitirá contar com maior evidência empírica, que aborde conhecimentos e recomendações para os futuros estudos em saúde sexual e reprodutiva.

Quanto à metodologia implementada para o desenvolvimento das intervenções, encontrou-se que os programas devem ser implementados por profissionais peritos no tema de sexualidade, que tenham uma formação qualificada e atualizada, que lhes permita ter conhecimentos sobre as formas de transmissão e prevenção das DST. Contudo, nenhum deles explicita que esta experiência deve incluir conhecimentos e manejo apropriado das novas práticas sexuais emergentes nos contextos sociais e culturais da população com a qual se vai trabalhar, considerando que estes conhecimentos são necessários para assegurar a pertinência das intervenções. Obviamente esta conjectura deve ser avaliada para apreciar sua inclusão nos novos programas para melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens.

Encontrou-se que os programas devem ter uma duração ao menos de 14 horas e devem ser realizados em grupos pequenos de aproximadamente 15 participantes, a fim de identificar as particularidades dos jovens, fazer um seguimento mais próximo e personalizado, assim como ter maior controle do cumprimento total do programa de intervenção. Adicionalmente, os grupos pequenos demonstraram maior participação, reflexão e profundidade nos temas desenvolvidos. O anterior se complementa com o exposto por Mantilha et al.⁴⁶, já que estes autores mencionam a importância de promover espaços e atividades que permitam um verdadeiro intercâmbio de saberes e aprendizagens.

Assim, as atividades que se utilizam para desenvolver os temas devem promover a participação ativa, a discussão e a prática dos conhecimentos e habilidades adquiridos dentro do processo. Estrada⁴⁴ menciona que os programas de intervenção bem-sucedidos implementam metodologias participativas que incluem atividades lúdicas, já que estas permitem a construção conjunta de conhecimentos. Desta maneira a maioria das propostas utilizaram atividades como os jogos de papéis, os debates, o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), jogos didáticos, atividades reflexivas, entre outras. Nenhum dos 24 estudos analisados justifica seu uso. Não obstante, considera-se que estas metodologias parecem funcionar no trabalho com adolescentes e jovens, pois lhes permite observar e observar-se em diferentes situações próximas ao seu contexto cotidiano, identificar e aprender a respeito de quais são os fatores de risco que se podem enfrentar e como resolver algumas circunstâncias aplicando técnicas assertivas de negociação e comunicação. Com isso, considera-se que as metodologias interativas e participativas, como as mencionadas anteriormente, permitem aprender fazendo, promovendo um diálogo de saberes entre facilitador e participantes.

Para desenhar propostas que apontem que os jovens possam gozar de uma sexualidade prazerosa e responsável, é essencial reconhecer as dúvidas, mitos, temores associados ao tema da sexualidade, tendo em conta as mudanças biopsicossociais pelos que estão atravessando este momento do ciclo vital. Do mesmo modo, os programas de intervenção deverão considerar metodologias participativas e propor conteúdos que desenvolvam competências cognitivas, comunicativas e emocionais, que permitam a consolidação de conhecimentos, atitudes, crenças e habilidades sociais que sejam a base para que os jovens adquiram confiança, identidade, independência e autonomia na hora de tomar decisões e adotar práticas sexuais saudáveis e de autocuidado pessoal. Por esta razão, futuros estudos deverão implementar programas de intervenção que não só se centrem na dimensão biológica e reprodutiva, mas sim considerem uma abordagem holística da sexualidade, abordando a dimensão comunicativa, afetiva e erótica. Sendo assim, devem incluir a apropriação dos direitos sexuais e reprodutivos, o reconhecimento dos fatores protetores e de risco dos participantes, assim como o contexto, as características pessoais do sujeito e suas práticas sexuais, a fim de gerar propostas de acordo com as necessidades específicas da população adolescente e jovem com a qual se esteja trabalhando. Finalmente, reconhece a importância de estabelecer linhas de base antes de gerar o desenvolvimento temático das intervenções, devido a cada grupo de adolescentes e jovens ter características particulares frente às suas vivências e expressões da sexualidade.

NOTA

Suporte Financeiro: Financiado pelo Programa Nacional de Formação de Capital Humano do Departamento de Ciência, Tecnologia e Inovação (Colciencias) da Colômbia e pela Pontifícia Universidad Javeriana, seccional Cali.

> REFERÊNCIAS

1. Ministerio de Salud y de Protección Social [Internet]. Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2014.[acesso em 8 abr 2016].
2. Organización Mundial de la salud[Internet]. 2016 [acesso em 8 abr 2016].
3. Programa conjunto de las Naciones Unidas [Internet]. Hoja informativa 2016. ONU SIDA; 2016. [acesso em: 8 abr 2016].
4. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Análisis de situación de salud Colombia. Bogotá: MinSalud; 2015.[acesso em 8 abr 2016].
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Internet]. Estrategia de la Unesco sobre el HIV y el Sida. UNESCO; 2012. [acesso em 8 abr 2016].
6. Estrada J. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en HIV/SIDA. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2007; 25 (1): 61-70.
7. Orcasita LT, Peralta A. Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con HIV/SIDA en Cali-Colombia [Proyecto de grado]. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Humanidades; 2008.
8. Uribe AF, Orcasita LT. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte 2009; 27: 1-31.
9. Uribe AF, Orcasita LT, Vergara T. Factores de riesgo para la infección por HIV/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. Acta Colombiana de psicología 2010; 13 (1): 11-24.
10. Uribe AF, Valderrama L, Sanabria AM, Orcasita LT, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al HIV/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento Psicológico 2009; 5(12): 29-44.
11. Uribe AF, Vergara T, Barona C. Susceptibilidad y autoeficacia frente al HIV/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. Revista latinoamericana de ciencias sociales de la niñez y juventud 2009; 7(2): 1513-1533.
12. Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Programa nacional de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, modulo 1: La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Bogotá: MEN; 2007. [acesso em 8 abr 2016].
13. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Sexualidad para el milenio; 2009. [acesso em 8 abr 2016].
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Servicios amigables en salud; 2010. [acesso em 8 abr 2016].
15. Sevilla T, Orcasita LT. Caracterización de conocimientos, actitudes, prácticas y significados sociales presentes en los procesos de comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos adolescentes [Proyecto de grado]. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Humanidades; 2013.
16. Abreira V. Revisiones sistemáticas y Metaanálisis. Semergen 2003; 29(4): 183-185.
17. Fisher WA, Fisher JD, Harman J. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. En: Sils J, Wallston K. Social Psychological Foundations of Health and Illness. Editorial Blackwell Publishing Ltd, 2009.
18. Wingood G, Diclemente R. Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. Health Education and Behavior 2000; 27: 539–565.
19. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: the reasoned action approach. 1ª ed. New York: Psychology Press; 2010.
20. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1988; 15: 175-183.

21. Bandura A. Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée De Brouwer; 1994.
22. Diclemente RJ, Wingood GM, Rose E, Sales JM, Crosby RA. Evaluation of an HIV/STD sexual risk-reduction intervention for pregnant African American adolescents attending a prenatal clinic in an urban public hospital: Preliminary evidence of efficacy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2010; 23(1): 32-38.
23. Jemmott III J, Jemmott L, Fong G, Morales K. Effectiveness of an HIV/STD Risk-Reduction Intervention for Adolescents When Implemented by Community-Based Organizations: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health* 2010;100(4): 720-726.
24. Montanaro EA, Bryan AD. Comparing Theory-Based Condom Interventions: Health Belief Model Versus Theory of Planned Behavior. *Health Psychology* 2014; 33(10): 1251-1260.
25. Heeren AG, Jemmott III JB, Ngwane Z, Mandeya A, Tyler JC. A Randomized Controlled Pilot Study of an HIV Risk-Reduction Intervention for Sub-Saharan African University Students. *AIDS and Behaviour* 2013; 17:1105-1115.
26. Mustanski B, Garofalo R, Monahan C, Gratzner B, Andrews R. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of an Online HIV Prevention Program for Diverse Young Men who have Sex with Men: The Keep It Up! Intervention. *AIDS and Behaviour* 2013; 17: 2999-3012.
27. Niño L, Hakspiel MC, Rincón AY, Aragón D, Roa Z, Galvis DC et al. Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander – Colombia. *Revista Salud Uis* 2012; 44 (2): 21-33.
28. Rodriguez A, Sanabria G, Contreras ME, Perdomo B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista cubana de salud pública* 2013; 39(1): 161-174.
29. Sales J, Lang D, y Diclemente R. The Mediating Role of Partner Communication Frequency on Condom Use Among African American Adolescent Females Participating in an HIV Prevention Intervention. *Health Psychology* 2012; 31(1): 63-69.
30. Martínez-Donate A, Hovell M, Zellner J, Sipan C, Blumberg E, Carrizosa C. Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research* 2004; 41(3): 267-278.
31. Mueller T, Castaneda CA, Sainer S, Martinez D, Herbst JH, Wilkes AL et al. The Implementation of a Culturally based HIV Sexual Risk Reduction Program for Latino Youth in a Denver Area High School. *AIDS Education and Prevention* 2009; 21: 164-170.
32. Shamagonam J, Reddy P, Ruitter R, Mccauley A, Van Den Borne B. The impact of an HIV and AIDS life skills program on secondary school students in kwazulu-natal, south Africa. *AIDS Education and Prevention* 2006; 18(4): 281-294.
33. Givaudan M, Leenen I, Van De Vijver F, Poortinga Y, Pick S. Longitudinal study of a School based HIV/AIDS early prevention program for Mexican Adolescents. *Psychology, Health and Medicine* 2008; 13(1): 98-110.
34. Klein CH, Card JJ. Preliminary efficacy of a computer-delivered HIV prevention intervention for African American teenage females. *AIDS Education and Prevention* 2011; 23(6): 564-576.
35. Wingood G, Diclemente R, Harrington K, Lang D, Davies S, Hook E et al. Efficacy of an HIV Prevention Program Among Female Adolescents Experiencing Gender-Based Violence. *American Journal of Public Health* 2006; 96(6): 1085-1090.
36. Cañas MC, Menéndez R, Tápanes T, Castillo R, Abad Y. Intervención educativa sobre el HIV con adolescentes de la Escuela Militar Camilo Cienfuegos de Arroyo Arenas. *Revista cubana de medicina tropical* 2012; 64(1): 44-48.
37. Mariño R, Santoya A. Intervención educativa sobre HIV/sida. *Humanidades Médicas* 2013; 13(3): 622-638.

38. Kmett C, Mccauley J, Jones A, Borkman A, Miller S, Ruggiero K. Feasibility of delivering evidence based HIV/STI prevention programming to a community sample of african american teen girls via the internet. *AIDS Education and Prevention* 2013; 25(5): 2394-2404.
39. Barker DH, Swenson RR, Brown LK, Stanton BF, Venable PA, Carey MP et al. Blocking the Benefit of Group-Based HIV-Prevention Efforts during Adolescence: The Problem of HIV-Related Stigma. *AIDS and Behaviour* 2012; 6: 571-577.
40. Jemmott III JB, Jemmott LS, Braverman PK, Fong GT. HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine* 2005; 5: 440-449.
41. Danielson CK, Mccauley JL, Jones A, Borkman AO, Miller S, Ruggiero KJ. Feasibility of delivering evidence-based HIV/STI prevention programming to a community sample of African-American teen girls via the internet. *AIDS Education and Prevention* 2013; 25(5): 394-404.
42. Uribe AF, Sevilla T, Orcasita LT, Sanabria AM, Tamayo J. Saber y hacer para estar bien: evaluación de un programa de intervención en salud mental, sexual y reproductiva en adolescentes colombianos. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Humanidades; 2010.
43. Ferrer RA, Fisher JD, Buck R, Amico R. Pilot Test of an Emotional Education Intervention Component for Sexual Risk Reduction. *Health Psychology* 2011; 30(5): 656-660.
44. Estrada J. Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramienta de prevención de HIV/Sida. *Gerencia y políticas de salud* 2009; 8(16): 72-90.
45. Chandwani S, Abramowitz S, Koenig LJ, Barnes W, D'angelo L. A Multimodal Behavioral Intervention to Impact Adherence and Risk Behavior among Perinatally and Behaviorally HIV-infected Youth: Description, Delivery, and Receptivity of Adolescent Impact. *AIDS Education and Prevention* 2011; 23(3): 222-235.
46. Mantilla B, Oviedo MP, Galvis DC. Programas de educación sexual y reproductiva: significados asignados por jóvenes de cuatro municipios de Santander Colombia. *Hacia la promoción de la salud* 2013; 18(1): 97-109.
47. Karnell A, Cupp P, Zimmerman R, Feist-price S, Bennie T. Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in south Africa: results of a pilot study in five township schools. *Education and Prevention* 2006; 18(4): 295-310.
48. Callejas S, Fernández B, Méndez P, León T, Fábrega C, Villarin A et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en Adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista española de salud pública* 2005; 79: 581-589.
49. Kaljee L, Genberg B, Riel R, Cole M, Huu Tho L, Thi Kim Thoa L et al. Effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents. *AIDS Education and Prevention* 2005; 17(3): 185-199.
50. Lemieux AF, Fisher JD, Pratto F. A Music-Based HIV Prevention Intervention for Urban Adolescents. *Health Psychology* 2008; 27(3): 349-357.