

Ed. Decro: 69796  
R13838438/05  
03104105 - BCS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA/EPIDEMIOLOGIA**

**KILMA WANDERLEY LOPES GOMES**

**AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL PARA A  
PREVENÇÃO DAS DSTS-AIDS COM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS  
QUE FREQUENTAVAM CENTROS SOCIAIS URBANOS EM FORTALEZA(CE).**

D  
1616.9792  
G6142  
ex. 2

**FORTALEZA  
2004**

**KILMA WANDERLEY LOPES GOMES**

**AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL PARA A  
PREVENÇÃO DAS DSTS-AIDS COM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS  
QUE FREQUENTAVAM CENTROS SOCIAIS URBANOS EM FORTALEZA(CE).**

Dissertação apresentada ao curso do Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia do Departamento de Saúde comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lígia Regina S. Kerr-Pontes.

FORTALEZA  
2004



B469a

Gomes, Kilma Wanderley Lopes

Avaliação de uma intervenção educacional para a prevenção das DSTs-Aids com adolescentes e adultos jovens que frequentavam Centros Sociais Urbanos em Fortaleza, 2004.  
125f.: il.

Orientadora :Profª. Dra. Ligia Regina S. Kerr-Pontes  
Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Medicina.

1. Educação em saúde 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 3. Adolescente I. Kerr-Pontes, Regina (Orient.)  
II. Título.

CDD 616.9792

KILMA WANDERLEY LOPES GOMES




**AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL PARA A  
PREVENÇÃO DAS DSTS-AIDS COM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS  
QUE FREQUENTAVAM CENTROS SOCIAIS URBANOS EM FORTALEZA(CE).**

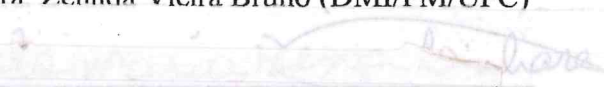
Dissertação apresentada ao curso do Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia do Departamento de Saúde comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.


Aprovada em: 18/06/2004

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dra. Lígia Regina S Kerr Pontes (Orientadora -DSC/FM/UFC)

  
Prof. Dra. Zenilda Vieira Bruno (DMI/FM/UFC)

  
Prof. Dra. Angela Mª Bessa Linhares (DE/EE/UFC)

  
Prof. Dra. Marli Terezinha Gimenez Galvão (DE/FFOE/UFC)

FORTALEZA  
2004



À minha mãe(in memoriam), saudades.

Ao meu pai, meu reconhecimento por acreditar no aprender.

Ao meu filho Ian, o meu amor.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela possibilidade e pela motivação de elaborar este estudo.

À minha orientadora, Dra. Ligia, pelo compartilhamento do saber durante a produção deste projeto, pela disponibilidade e vontade de propagar o conhecimento, minha admiração.

Aos jovens que fizeram parte do projeto GAPA, o meu respeito e a minha solidariedade no bem estar desta fase, a adolescência.

Aos professores: Ângela Linhares, Ricardo Pontes, Márcia Gomide, Fernando Rey e Ursino por terem estimulado a reflexão da produção científica.

Aos que fazem o GAPA: Rogério Gondim, Helder, Regina e Noélia, pela oportunidade de trabalharmos e participarmos juntos deste projeto.

A Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa – FUNCAP, pelo auxílio, durante a Pesquisa.

Aos acadêmicos de medicina: Helder, Tadeu e Polyanna, por compartilhar, acertos e dúvidas.

Às secretárias: Zenaide, Dominique e Conceição pela tolerância e acolhimento.

À amiga, Neide, pela motivação e pelos insights dados durante a fase da pesquisa.

Ao meu esposo, Gomes, pelos momentos de minha ausência, o meu carinho.

Aos meus irmãos: Alfrani, Gerlindo, Sandra, Edgley e Toyanna, pelo estímulo.

À minha segunda família: D. Erivanda, Sr. Francelino, Ana Valúzia, Analice, Wellington, Thaynan, pelo apoio dado.

Às colegas: Cristiana, Ângela, Clara e Marcionilia, pelo apoio na operacionalização no computador.

À minha coordenadora, Fátima, pelos ajustes de horário para conclusão deste projeto.

A todos que participaram direta ou indiretamente da construção deste projeto.

“Onde há vida, há inacabamento”

(Paulo Freire)

“Nunca deixe que lhe digam  
que não vale a pena  
acreditar no sonho que se tem  
ou que seus planos nunca vão dar certo  
ou que você nunca vai ser alguém...  
...se você quiser alguém em quem confiar  
confie em si mesmo  
quem acredita sempre alcança.”

(Renato Russo)

“Onde há vida, há inacabamento”

(Paulo Freire)

“Nunca deixe que lhe digam  
que não vale a pena  
acreditar no sonho que se tem  
ou que seus planos nunca vão dar certo  
ou que você nunca vai ser alguém...  
...se você quiser alguém em quem confiar  
confie em si mesmo  
quem acredita sempre alcança.”

(Renato Russo)

## Resumo

Os maiores índices de contaminação do HIV vem ocorrendo entre adolescentes, e, nas classes de mais baixo nível sócio-econômico. Este quadro requer a intensificação das ações de prevenção entre esta população. O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de um projeto de intervenção educacional em DST-aids com adolescentes e adultos jovens que freqüentavam os Centros Sociais Urbanos localizados na periferia de Fortaleza-CE. Realizou-se um estudo de intervenção entre adolescentes de ambos os sexos, com idade de 13-23 anos no período de outubro de 2001 a outubro de 2002. Foram formados um grupo controle (GC=244) e um experimental (GE=68), sendo o último submetido a intervenções através de oficinas e teatro. Ambos responderam o mesmo questionário semi-estruturado. Utilizou-se o teste de Fisher para mensurar as mudanças ocorridas. Empregou-se, também, a metodologia qualitativa, utilizando-se diário de campo e o grupo focal. Na análise foram construídas três categorias a partir das falas dos adolescentes. Na interpretação utilizou-se conceitos abordados por estudiosos na área de Intervenção e HIV/AIDS. Apenas 23,3% do GC e 31,8% do GE ( $p>0,05$ ) referiram procurar o serviço público de saúde para falar sobre sexualidade e DST. Quase todos conheciam o preservativo (GC=95,3% e GE=95,5%;  $p=0,94$ ), no entanto, apenas 14,8% usavam em todas as relações. Aumentou o percentual (GC=69,2% e GE=84,8%;  $p=0,03$ ) de adolescentes que pretendiam usar um método contraceptivo na próxima relação. O preservativo foi o método de escolha para 51,0%. Houve aumento de conhecimento sobre DST-aids, mas ainda há dúvidas significativas quanto à transmissão. Segundo os adolescentes, a intervenção proporcionou um espaço de cognição e construção de novas concepções. Há um descrédito no modelo de atenção dos serviços de saúde. Os trabalhos de prevenção devem focar as principais vulnerabilidades e os significados sócio-culturais envolvidos na construção da sexualidade dos adolescentes.

Palavras chaves: Educação em saúde, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Adolescente.

## Abstract

The largest HIV contamination rates have been taking place among adolescents. This picture requests the intensification of prevention actions among this population. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of an educational intervention project in STD-aids among adolescents and young adults who used to go to the Urban Social Centers in Fortaleza-CE. An intervention study was carried out among adolescents from both sexes, aged 13-23 years from October, 2001 to October, 2002. A control group (CG=244) and an experimental one (EG=68) were formed, being the latter submitted to interventions through workshops and drama. Both groups answered the same semi-structured questionnaire. The Fisher test was used to measure the occurring changes. The qualitative methodology was also employed, by using the field diary and the focal group. Three categories were built in the analysis starting from the adolescents' talks. Concepts approached by specialists in the Intervention and HIV/AIDS fields were also used in the interpretation. Only 23,3% of CG and 31,8% of EG ( $p>0.05$ ) referred to seeking the public health service to talk about sexuality and STD. Almost all of them knew about the condom (CG=95,3% and EG=95,5%;  $p=0,94$ ), however, only 14,8% used it in all their intercourse. The percentage (CG=69,2% and EG=84,8%;  $p=0,03$ ) of adolescents who intended to use a contraceptive method in the next intercourse increased. The condom was the chosen method for 51,0%. There was cognition on DST-aids, but there are still significant doubts in relation to the transmission. According to the adolescents, the intervention provided a space for new conceptions. There is a discredit to the caring model of the health services. The prevention works should focus the main vulnerabilities and the social-cultural meanings involved in the construction of the adolescents' sexuality.

Key words: Health Education, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Adolescent. .

## Lista de Tabelas

Tabela 4.1: Características sócio-demográficas dos adolescentes e adultos jovens dos três CSU's de Fortaleza/CE – 2001 a 2002. ....	39
Tabela 4.2: Conhecimento, práticas e atitudes sobre saúde reprodutiva referidas pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002.....	41
Tabela 4.3: Conhecimentos, práticas e atitudes sobre sexualidade informada pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002.....	44
Tabela 4.4: Conhecimentos, geral e atitudes sobre dst-aids informada pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002.....	46
Tabela 4.5: Frequência e consumo de drogas dentre os adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002.....	48

# SUMÁRIO

Resumo  
Abstract

1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1 O Impacto da epidemia da Aids .....	13
1.2 O Processo de intervenção .....	16
1.3 Adolescência .....	18
1.4 Sexualidade .....	22
1.5 Riscos e vulnerabilidades do adolescente .....	26
2 OBJETIVOS .....	29
2.1 Objetivo geral .....	29
2.2 Específicos .....	29
3 MATERIAL E MÉTODO .....	30
3.1 Metodologia quantitativa .....	31
3.1.1 Tipo de estudo .....	31
3.1.2 População .....	31
3.1.3 Coleta de dados .....	32
3.1.4 Análise .....	33
3.2 Metodologia qualitativa .....	33
3.2.1 Universo da pesquisa .....	33
3.2.2 Construção dos dados .....	34
3.2.3 Análise .....	37
4 RESULTADOS .....	38
5 DISCUSSÃO .....	50
5.1 Aspectos socioeconômicos .....	51
5.2 Aspectos institucionais .....	53
5.3 Construção de um novo saber .....	55
5.4 Determinantes para o uso do preservativo .....	65
5.5 Aspectos da construção social da sexualidade .....	68
6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	77
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79
ANEXO .....	86
ARTIGO .....	95

## 1 INTRODUÇÃO

A epidemia de aids teve início na década de 1980. Cerca de 40 milhões de casos são estimados no mundo desde o seu aparecimento e, destes, a maioria se encontra nos países em desenvolvimento, acometendo principalmente indivíduos jovens. (UNAIDS, 2003). No Brasil foram notificados 257.780 casos até dezembro de 2002. (BRASIL, 2002).

Estima-se que a população de adolescentes no Brasil corresponda a 29,0% da população geral, correspondendo a 33,5 milhões na faixa etária de 10 a 19 anos. Esta população vem aumentando e ficando cada vez mais vulnerável a vários agravos; dentre eles, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), a aids, as drogas, a gravidez indesejada, além dos conflitos sociais e familiares. (BRASIL, 2000).

Santos (1999) relata o crescente número de adolescentes que vêm se infectando pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e faz questionamentos sobre a necessidade de buscar intervenções comportamentais que possibilitem o controle desta infecção.

No Brasil, a maior concentração de casos está na faixa-etária de 25 a 34 anos; sendo que a via sexual foi responsável pela transmissão de 58% dos casos. Outro dado preocupante é a inversão da proporção de casos de homens para mulheres na faixa etária de 13-19 anos (0,9/1,0), sendo a relação sexual da adolescente com parceiros mais velhos um dos fatores apontados. (BRASIL, 2002).

Embora as maiores concentrações de casos ainda se encontrem na região Sudeste, o Nordeste brasileiro apresentou a maior taxa de crescimento do país entre 1995 e 1998 (-0,2 versus 13,4%, respectivamente) (KERR-PONTES, 2002)<sup>Φ</sup>. O Ceará, um dos estados mais pobres da região Nordeste, registrou 4.067 casos, até março de 2002, também concentrando

---

<sup>Φ</sup> Aula ministrada pela Prof<sup>a</sup> Ligia Regina S. Kerr-Pontes no Curso Especialização em Epidemiologia na Faculdade de Medicina do Ceará em 2002.

maior percentual na faixa etária de 25-34 anos. A via de contaminação preponderante foi a sexual, com 66,0% dos casos. (CEARÁ, 2002).

A dimensão social da aids vem trazendo à tona os desafios que todos os seguimentos envolvidos na busca do controle desta epidemia terão que enfrentar, seja o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam os movimentos sociais, em geral, e as Organizações não Governamentais (ONGs), em especial. A ampliação do olhar sobre a diversidade de fatores envolvidos nos determinantes e no controle desta epidemia, que vão desde biológicos, comportamentais, sociais a econômicos e políticos, conduzem a novas estratégias de intervenção que levem estes fatores em consideração.

Estudos têm revelado que as pessoas mais atingidas pela epidemia concentram-se nas classes com menor grau de instrução e baixo nível sócio-econômico. (FONSECA, 2000). A baixa escolaridade tem sido um dos fatores que vem contribuindo sobremaneira para a chamada pauperização da epidemia: hoje, 58,9% dos casos estão concentrados na população com sete anos ou menos de estudo. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2000) mostrou que 38,0% da população com nível superior faziam uso do preservativo, enquanto que, entre os que possuíam pelo menos o ensino fundamental completo e os que não o concluíram, este percentual foi de 25,0% e 19,5%, respectivamente. (BRASIL, 2000a).

Estes resultados indicam que o nível educacional mais elevado permite um maior conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção da aids. Entretanto, o nível de conhecimento, embora condição necessária, não é suficiente para promover mudanças importantes de atitude ou interferir substancialmente no poder de negociação nas relações entre os parceiros que levem ao uso sistemático do preservativo.

Este fenômeno se reproduz também entre os adolescentes. Alfaro e Cols (2000) realizaram um estudo em Havana, com 2.798 adolescentes e, destes, 67,2% tinham conhecimentos sobre as DSTs/aids, mas apenas 43,1% faziam uso do preservativo. Existem, portanto, outros fatores importantes envolvidos e interferindo neste processo.

Acredita-se que a prevenção seja o grande desafio para o controle desta epidemia. Neste aspecto, o Brasil vem se destacando positivamente na sua política de prevenção, realizando intervenções educacionais com enfoque nas mudanças não só cognitivas como também comportamentais. Todavia, ainda existem muitos questionamentos quanto à eficácia destas intervenções; não só no âmbito da saúde pública, mas também das ONGs, e de todos os seguimentos envolvidos na prevenção desta epidemia. (PASSARELLI, 2002). Mesmo com uma apreciável resposta da prevenção às medidas de controle, mensurável pela sua relativa estabilização em algumas regiões mais desenvolvidas do país, ainda não estão totalmente claros os papéis dos diferentes atores envolvidos.

O Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) é uma ONG situada em Fortaleza-CE. Esta instituição desenvolveu um Projeto de intervenção junto a adolescentes e adultos jovens que freqüentavam Centros Sociais Urbanos de Fortaleza-CE, locais onde adolescentes e adultos jovens desenvolvem atividades esportivas ou educativas extracurriculares. O objetivo da intervenção foi diminuir as vulnerabilidades e o risco desta população contrair o vírus da aids, abordando temas como DST/aids, sexualidade, saúde reprodutiva e drogas. Dentre suas ações em relação à epidemia da aids, a prevenção tem se destacado.

A Universidade Federal do Ceará (UFC) corroborou a análise dos dados deste projeto, junto ao GAPA. Este fato deu oportunidade à minha participação enquanto mestranda desta Universidade. A motivação de trabalhar com adolescentes, deve-se à experiência que tenho vivenciado com esta população como médica do Programa Saúde da Família (PSF), no qual presta assistência à população incluída nesta faixa etária.

## 1.1 O Impacto da epidemia da Aids

No início da epidemia, duas décadas atrás, a aids surgiu como uma doença que atingia determinados grupos, os quais foram definidos por “grupos de risco”. Estes eram compostos pelos homossexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e hemofílicos. Com base no perfil da clientela acometida, foram realizadas pesquisas com interesse nos padrões de comportamento praticados por estes grupos, além da definição das características do vírus. Posteriormente, o enfoque dado aos susceptíveis foi direcionado para a problemática do “comportamento de risco”, passando-se a referir o fator individual e comportamental como responsável pela infecção e, nesta perspectiva, foram direcionadas ações para estas populações, com o propósito de provocar mudança do comportamento sexual. Isto mascarou, durante algum tempo, a contaminação de outras pessoas que não estavam incluídas nos grupos supracitados, limitando o verdadeiro reconhecimento acerca de outros determinantes relacionados ao processo saúde-doença da aids, que estavam além do comportamento sexual. (AYRES, 2000). No processo de superação destas questões, surgiu o conceito de “vulnerabilidade”, que Ayres (2000, p.21) define como:

O conceito de vulnerabilidade, por sua vez, não fala de outra coisa senão de cidadania, exatamente porque vem apresentar a possibilidade e necessidade de respondermos como sujeitos ao problema da epidemia HIV, transformando nossa realidade, propondo mudanças naquilo que nos expõe mais ao vírus e as suas conseqüências indesejadas.

Este conceito veio proporcionar uma reflexão sobre a dimensão social envolvida nesta epidemia. Passa-se, então, a pensar em “vulnerabilidade” para situações que determinam maior ou menor fragilidade do indivíduo ao risco da infecção pelo HIV. Sugere-se a impossibilidade de se trabalhar “risco” e “prevenção” sem se compreender as influências dos pontos críticos que estão na base da coletividade. (AYRES, 2000).

Por outro lado, esta nova concepção propiciou a reflexão sobre o exercício da cidadania, sobre até que ponto as pessoas têm participação em ou mesmo sabem dos seus direitos e sobre se realizam o controle social tal qual se prevê hoje nos princípios e diretrizes do SUS. A epidemia está de encontro aos desfavorecidos, vistos como “menos cidadão” tanto no campo econômico como no social, tornando-se perceptível uma “fragilização política” que não cumpre com as normas institucionais, éticas e morais, responsáveis, pela garantia dos direitos humanos.(RUA, 2001). Ainda é pequeno o número de pessoas de nível sócio-econômico baixo atuando ativamente no processo de participação social. No entanto, é cobrada desta população uma postura no que se refere a autonomia e credita-se a esta população a culpabilidade em relação ao processo de contaminação pelo HIV.

Segundo Rua (2001) e Ayres (2000), a vulnerabilidade transita sobre diversos aspectos de ordem política, social e econômica, determinados pelas condições de vida nas quais a população se encontra, favorecendo a falta de percepção de sua situação de risco. Referem ainda que os pilares da vulnerabilidade organizam-se sobre três pontos principais: individual, social e institucional.

O primeiro, sob o âmbito individual, o qual destaca-se pela singularidade de cada um, pelo nível de conhecimento e percepção de risco que se tem da doença. Também se discute, no contexto da vulnerabilidade individual, a apropriação do conhecimento como fator capaz de modificar as atitudes, garantia do “poder de transformação” e da possibilidade dos indivíduos modificarem suas ações a partir da conscientização e sensibilização, que são diferenciados de uma pessoa para outra, atuando assim, como sujeito (co)responsável pela sua saúde. Por outro lado, Ayres (2002) questiona sobre a necessidade de rever alguns conceitos e práticas em saúde pública. A maioria dos que acreditam na ação transformadora visualiza um indivíduo autêntico, com capacidade de produzir e transformar sua própria história. No entanto, algumas indagações vêm à tona. Como são vistos os sujeitos que se quer

transformar? As ações possibilitam compreender a intersubjetividade e suas relações com o outro?

O segundo diz respeito à capacidade de as pessoas influenciarem no controle social através da participação popular. Tem-se percebido que as pessoas com maior nível de informação têm tendência a um maior poder de organização e prevenção. A educação escolar, e a utilização de recursos culturais e de comunicação são determinantes importantes para o poder de organização social. Talvez este procedimento seja o mais complexo de ser desenvolvido, devido à extensão da desigualdade social encontrada neste processo, não só no Brasil, como também, no mundo.

O terceiro enfoque é dado à atuação do papel institucional, o qual orienta a estruturação sócio-política e econômica de uma população capaz de prever como os fatores institucionais participam desse processo. O acesso às informações, aos serviços de saúde, aos bens de consumo e participação das pessoas nas políticas públicas de saúde têm tido influência na contaminação pelo HIV. Os serviços prestados pela área da saúde e da educação não têm conseguido controlar esta situação, em grande parte, por elas não estarem preparadas para desenvolver propostas de prevenção que envolvam além do já definido por cada uma destas áreas.

Existem vários projetos preventivos em atuação, mas há uma deficiência de estratégia para realizar uma abordagem preventiva dentro do contexto sócio-cultural de cada coletividade, valorizando a pluralidade de aspectos sociais e subjetivos que estão envolvidos no comportamento humano. Isto resulta numa lacuna entre a teoria e a prática no que concerne à eficácia e efetividade das ações de prevenção. Estas condições são pontos essenciais da vulnerabilidade social de boa parte da população. (PASSARELLI, 2002).

Desta forma, as abordagens que os programas de intervenção adotavam no desenvolvimento de trabalhos à população em geral têm sido alvo de questionamento.

Especificamente, em se tratando da população de adolescentes e indivíduos jovens, observa-se uma reestruturação nas abordagens de intervenções, seja em grupos, seja em campanhas de prevenção. (PARKER, 2000).

## 1.2 O Processo de intervenção

As intervenções com foco na prevenção das DSTs/aids têm evoluído com mudanças de paradigmas, principalmente na década de 1990. Estas mudanças são resultados de fases sucessivas, de estudos que tentavam dar resposta ao processo epidêmico da aids. Entre acertos, limitações e falhas experimentadas pelas propostas de intervenções realizadas no percurso desta epidemia, foram programadas e implementadas as diretrizes das políticas públicas buscando o controle da infecção pelo HIV. (PARKER, 2000).

As primeiras pesquisas realizadas acerca da aids buscavam compreender o processo epidêmico e estudar as características do comportamento dos indivíduos acometidos até então. O foco da atenção no comportamento humano foi efetuado no sentido de averiguar como se davam as práticas sexuais e o uso de drogas. Os estudos eram orientados para identificar a associação destas práticas com a infecção pelo HIV. Na perspectiva de interferir no comportamento humano como forma de controlar a epidemia, as ações aplicadas eram orientadas para oferecer informações sobre a aids. Neste sentido acreditava-se que a informação mudaria o comportamento das pessoas. No entanto observou-se que a epidemia avançava, e estas ações, tinham resultados limitados em relação a redução do risco do HIV. Diante das limitações encontradas, emergiu a necessidade de desenvolver uma nova compreensão do contexto, onde a aids vinha se disseminando, dando-se mais ênfase a intersubjetividade dos significados culturais que influenciavam nas formas como as pessoas se identificavam e vivenciavam sua sexualidade. (PARKER, 2000). Segundo este autor, “o foco

mudou de comportamento por si só e em si mesmo para os ambientes culturais, onde o comportamento acontece”.

Desta forma, as ações tiveram um salto considerável no final da década de 1990. As intervenções que visualizavam somente o comportamento individual passaram a vislumbrar o que existia na base da coletividade, os significados e suas representações sociais e culturais. (PARKER, 2000).

Os aspectos econômicos e políticos também passaram a ter um significado fundamental para cada população na qual a aids vem se disseminando. A maioria dos casos de aids do mundo se encontra em países pobres, sugerindo a forte relação de causa-efeito da pobreza com a aids. Portanto, não é suficiente intervir no propósito de mudar só o comportamento individual, visto este não ser o único determinante. O comportamento de risco é vivenciado por pessoas que são tanto de países subdesenvolvidos, como desenvolvidos. Todavia o crescimento acelerado da infecção HIV é visto em populações nas quais se associam diferentes determinantes: baixa escolaridade, desinformação, baixo nível econômico e, mais precisamente, a fome, fato este observado com clareza em países muito pobres, como muitos dos países do continente africano. (PAIVA, 2002).

Estas intervenções são avaliadas processualmente, a fim de contribuírem com o desenho das políticas públicas. Neste contexto, a noção de vulnerabilidade vem contribuindo com a sustentabilidade das ações de prevenções, facilitando e orientando a utilização dos recursos e abordagens aplicadas para públicos diferentes.

Ayres (1996) refere sobre a importância de se avaliar aquilo que se pratica. Até hoje, nem os movimentos sociais, nem o sistema de saúde pública tem logrado os resultados pretendidos com as intervenções de prevenções realizadas. No entanto, é necessário saber que as propostas de intervenção vêm sendo reestruturadas a partir das experiências vivenciadas, e, não fazem parte de um protocolo definitivo, mas processual. A avaliação sistematizada

corroborar o aperfeiçoamento das formas de se fazer prevenção. Alguns indicadores são referidos por Ayres (1996) como instrumentos orientadores do processo de avaliação.

A racionalidade de uma avaliação deve predizer a realidade do que se quer avaliar. Não há uma fórmula ou protocolo estável de intervenção que contemple todos os determinantes supostos da disseminação da epidemia, há necessidade de flexibilidade e reajustes para cada população em estudo, visto existirem públicos e culturas diferenciadas. No entanto os aspectos reais da análise de um processo devem ser autênticos, traduzir a realidade da experiência, o que poderá contribuir como referencial para planejamentos futuros.

Outro ponto abordado é acerca da fecundidade. O processo de análise deve reproduzir substancialmente os resultados do processo avaliado, elucidando ou descrevendo os aspectos construtivos da ação, isto é, a produção dos resultados. Refere ainda a importância de constar, na avaliação, as formas como a intervenção é realizada, sua operacionalidade, a qual depende do espaço, instrumentos, de objetos de análise, da capacidade e da habilidade técnica dos executores, associada aos seus resultados. (AYRES, 1996).

### 1.3 Adolescência

A adolescência é uma etapa da vida do ser humano, fundamental para a construção do sujeito, resultante de tudo que a precedeu, portanto da infância, e determinante de tudo que há de vir, ou seja, da adultícia. (SAITO, 2001, p.13).

A adolescência é uma fase do ciclo de vida, compreendida cronologicamente dos 10 aos 20 anos, período em que o adolescente vive e convive com transformações corporais e biológicas próprias do processo adolecer. Além destas mudanças, também se observam alterações no âmbito psicosocial. (BRASIL, 2000).

Saito (2001) define a adolescência como um período de transição da criança para o adulto, a qual teve influências da infância, sendo, portanto, um período de formação em que cada adolescente já vem com um suporte de informações e valores, repassados e construídos sob influência do seu contexto de vida. (SAITO, 2001).

Já Novaes (2002) faz referência a fase da juventude, visualizando esta de forma diferenciada entre os jovens por diversos aspectos, entre eles, relações de gênero, pertencimento de classes sociais diferentes e estilo de vida. Ainda destaca que o lugar social que os jovens ocupam em uma sociedade está relacionada com as formas que eles se apresentam ou se sentem como jovens.

Os adolescentes apresentam muitas vezes um “pensar” e um “agir” que os diferenciam, buscando nesta fase uma construção do seu mundo próprio, passando por um luto do seu corpo infantil, um luto pela perda dos pais que os olhavam como criança e o desafio para entender e conviver com as novas descobertas, fazendo questionamentos sobre este novo corpo, sobre uma nova forma. Ao mesmo tempo, buscam a formação de sua identidade social, que envolve as mudanças de relações interpessoais com amigos, grupos afins, relações de gênero, outrora limitadas ao círculo familiar. Observa-se também desafios ao experimentar o prazer, vivenciar as descobertas de sua sexualidade. Estes aspectos são desenvolvidos ora em momentos de inquietações, imprevisibilidades, acomodações, intransigências, individualismo; ora por necessidades de afeto, de apoio, de espaço para expor seus pensamentos, sentimentos, idéias e dúvidas acerca do processo da adolescência, ficando algumas vezes no silêncio, pelo medo de perguntar, ou, por outro lado, obtendo respostas incompletas de amigos que também vivem o mesmo processo. (SAITO, 2001; SILVA, 1998).

É um período em que as oportunidades de construção e riscos aparecem de forma diferenciada, visto que, nesta fase, os adolescentes iniciam suas responsabilidades em relação

às suas ações, inclusive em relação ao seu corpo, necessitando um estímulo ao autocuidado e auto-respeito. (BRASIL, 2000b).

A família configura o primeiro contato do indivíduo ou grupo em que os indivíduos se espelham, nos seus valores, crenças, hábitos, religião, gestos e expressões que vão sendo transmitidos para seus membros ao longo do processo de desenvolvimento. Algumas famílias têm idéias mais conservadoras, outras são mais livres, no entanto, todas contribuem com algumas orientações no processo de construção da sexualidade. (VIEIRA, 1999).

Um estudo realizado com conscritos do exército Brasileiro, na faixa etária de 18 anos, mostra que 90% dos jovens têm informações sobre DST/aids. Mesmo assim, somente 37% faziam uso do preservativo. As famílias e escolas foram as fontes mais confiáveis de informação para os adolescentes. Apesar do estudo não mostrar onde se obtiveram as informações, induzia sobre a importância do contexto familiar contribuir ou amenizar a vulnerabilidade do jovem no que se refere aos transtornos relacionados com sua sexualidade. (SANTOS, 1999).

Silva (1998), em sua tese de mestrado sobre sexualidade na adolescência, realizada com estudantes do 2º ano do 2º do grau da rede pública e privada de Fortaleza, constatou que 41% dos adolescentes preferem a mãe para entabular um diálogo e apenas 5% procuravam o pai, ressaltando a mulher como fonte principal de repasse das informações que envolvem diferenças de gênero na cultura sexual e dificuldades no contexto familiar, para dialogar sobre aspectos relacionados a adolescência.

Ao refletir sobre os fatores que expõe ou protege os adolescentes, Saito (2001) refere-se a três categorias: primeiro os fatores que são inerentes de cada um, os quais não se pode determinar como patognomônicos da adolescência, devido a algumas características apresentarem-se na singularidade de cada adolescente e não na fase da adolescência. Isto

propiciaria sentimentos dúbios, entre a dúvida e a razão, o sentimento e o prazer da experimentação do novo, vivenciados de formas diferentes entre os jovens.

A dinâmica familiar foi o segundo ponto referenciado, para esta autora é um dos fatores mais importante na formação da construção social do ser. Percebe-se que influências culturais e temporais representadas pela família interferem e reproduzem valores e crenças que são repassados de uma geração a outra.

O terceiro aspecto diz respeito às oportunidades e contribuições advindas das redes sociais de apoio e assistência do setor de saúde, as quais poderiam contribuir com informação, formação e prevenção dos riscos a que esta população se expõe, corroborando o processo da formação social dos adolescentes e diminuindo a vulnerabilidade institucional em que estes se encontram. Muitos são os projetos de prevenção aos agravos mais freqüentes da adolescência, todavia, ainda com algumas limitações. Um dos aspectos relevantes, é que na sua grande maioria, estes projetos são efêmeros. (PAIVA, 2002).

Existe uma proposta do Ministério da Educação desde a década de 1970 para a inclusão de temas (educação sexual, sexualidade, drogas e gravidez na adolescência), objetivando fazerem parte do currículo escolar, propondo um processo de educação continuada capaz de trabalhar informações relevantes e que contribuam na prevenção dos riscos a que os adolescentes estão expostos. A discussão acerca da auto estima e autonomia, de oportunidades de trocas, de debates sobre questões de gênero, de informações e conscientização, são pontos a serem abordados. Entretanto, o projeto ainda está em andamento, devido a pluralidade de concepções existentes e entraves técnicos que dificultam esta implementação, diminuindo-se assim, um espaço oportuno para discussões importantes em torno da construção social do adolescente. (BRASIL, 1998).

Parker (1999) refere que as ações de prevenção foram sistematizadas por grupos e ações específicos, ficando a escola com o papel de fazer multiplicadores de jovens sobre prevenção as DSTs-aids.

#### 1.4 Sexualidade

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder. (FOUCAULT, 2001, p. 100).

Nas pesquisas sobre DST-aids, a sexualidade é foco notável e discutível. Conhecer a dinâmica do pensamento, dos valores, das crenças, dos sentimentos e significados que participam da construção da sexualidade é algo complexo. Compreender a pluralidade de fatores que interferem na sua construção no campo do “saber” e “poder”, tem sido um grande desafio no processo de controle da disseminação da aids.

Há muitos estudos que envolvem a sexualidade como determinante importante no processo de disseminação do HIV/aids. No entanto, a maioria dos estudos enfoca conhecimento, atitudes e práticas (CAP), não sendo baseados em uma teoria que compreenda o comportamento sexual como um todo. (PARKER, 1995, 2000).

A sexualidade não é um acontecimento, nem um momento, mas faz parte de toda a vida do ser humano. Apresenta fatores emocionais, sexuais e sociais envolvidos na sua construção. (LOURO, 2001).

Desvelar seu conhecimento é fato essencial para compreensão do ser humano, no que tange à sua maneira de “ser”, “sentir”, “ouvir”, “tocar”, indo além de um sentido

individualizado. A sexualidade se traduz no que de fato somos. Outro conceito abordado, é que a vivência plena da sexualidade busca “não apenas a reprodução e a busca do prazer sexual, mas também a nossa necessidade de amor e bem-estar pessoal”. (BRASIL, 2000b).

Na adolescência há um maior estímulo hormonal proporcionando transformações que estimula a vivência da sexualidade de forma mais intensa, no que diz respeito ao corpo e à intensidade das manifestações vivenciadas por este. (COSTA, 2001; SUGAR, 1992).

Bourdieu (1995) reflete sobre a sexualidade, enfocando a dominação masculina; discute sobre vários componentes que envolvem a sexualidade. Faz referência aos órgãos sexuais, ao ato sexual, ao poder e à simbologia que se tem sobre os mesmos, bem como à maneira como é diferenciada do masculino para o feminino ao longo da construção histórica.

O “ato sexual” é visto como um dos pilares da sexualidade de maior importância nas ações de prevenção, que sempre estão buscando as formas de praticar sexo. Entretanto, é dada pouca relevância às minúcias existentes e participantes de todo o processo que envolve o ato sexual em uma relação. O ato em si não responde pelos sentimentos e significados que permeiam uma relação sexual.

Já no que se refere às características do ato sexual encontradas na relação homem-mulher, em cujas regras do “poder fazer e não poder”, da postura, da expressão do corpo, observa-se ainda uma relação de poder, a qual orienta regras com maior rigidez para o sexo feminino, desfavorecendo, assim, o espaço para a vivência plena da sexualidade feminina. (BOURDIEU, 1995).

Algumas conseqüências ocorreram na construção social da sexualidade da mulher, do seu corpo, de suas emoções, dos seus sentimentos, repercutindo em uma postura submissa e em situação de “dominação”, perdendo, em parte, autonomia das sensações que o seu corpo solicita e da postura restrita em uma relação. Estes fenômenos são vividos passivamente,

despercebidos pelo inconsciente de algumas mulheres nas inter-relações que muitas vezes seguem as normas morais ditadas pela sociedade vigente. (BOURDIEU, 1995).

Mesmo se encontrando em um processo de transformação, no qual a mulher vem conquistando espaços sociais e o homem aprendendo a conviver uma relação de “menos desigualdade” com a mulher, o poder masculino nas inter-relações homem-mulher, tem mostrado influências determinadas pelos aspectos, econômico, sexual, social, e cultural. (BOURDIEU, 1995; LOURO, 1999).

A dominação, aspecto discutido também por Foucault (2001) possibilita a reflexão da dinâmica nas inter-relações. Existe uma determinação de poder que traduz sempre uma relação de dominado e dominante, não de forma que esta dominação aja sobre o “corpo social por inteiro”, mas constitui-se de uma multiplicidade de correlações de forças que agem e se organizam dentro de uma situação de desigualdade, vivenciada estrategicamente em uma sociedade regida por diferenças de gênero (homens e mulheres), de idade (jovens e velhos) e de etnia (brancos e pretos), de forma intencional favorecendo a dominação. De fato, o poder não é nato, nem está estruturado.

As relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito a outros tipos de relações, mas lhes são imanentes; são os efeitos imediatos das partilhas, desigualdades, desequilíbrios que se produzem nas mesmas e, reciprocamente, são as condições internas destas diferenciações; as relações de poder não estão em posição de superestrutura, com um simples papel de proibição ou de recondução; possuem, lá onde atuam, um papel diretamente produtor. (FOUCAULT, 2001, p. 90).

A sexualidade se submete a este dispositivo de poder, e, muitas vezes, não é percebida como forma de interdição, porque suas manifestações estão sob a percepção de julgamentos de grupos sociais, escola, família, igreja. Sendo a sexualidade socialmente construída sob as normas hegemônicas de um sistema de coerção político, econômico e cultural, autoritário e desigual, torna-se difícil traçar estratégias que compreendam e diminuam estas forças nas

inter-relações. Segundo Foucault (2001) “nada mudará a sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos do estado, a um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados”.

Em relação aos jovens, o poder não é determinado, mas vai sendo articulado e construído pelas várias forças que fazem parte do contexto de vida do adolescente: mídia, escola, colegas, namorados(as). Desta forma, os adolescentes articulam, constroem e regem suas regras nos seus grupos. Nesta fase, há uma tendência à formação de grupos, identificação dos adolescentes com eles mesmos, aos pares. Na sua grande maioria, seguem os princípios e os pensamentos construídos na sociedade em que vivem, isto é, orientam-se pelo seu grupo cultural de referência, constituído de regras e normas que fazem parte do seu cotidiano e de suas crenças. Segundo Foucault (2001), é complexo mudar algo construído pelo ser humano para o instituído.

Já Parker (2000) defende a teoria da construção social da sexualidade, dando ênfase aos fatores sócio-culturais como elementos determinantes da sua formação, os quais impulsionam as inter-relações, vivências e atitudes exteriorizadas de maneiras diferenciadas para cada indivíduo em cada coletividade. Assim, a sexualidade não é vista como um fenômeno universal, pré-determinado, e sim como um processo social em construção, não fazendo a exclusão dos aspectos reprodutivos, mas enfatizando que a base de organização da sexualidade é cultural.

Os estudos sobre sexualidade apresentam conceitos e referências teóricas sobre a questão do gênero, que algumas vezes recebe denominações confundidas com a identidade sexual. Louro (1999) define “gênero” como uma identificação social que o sujeito tem como masculino ou feminino; e a identidade sexual como a vivência de sua sexualidade com parceiros do mesmo sexo ou sexo oposto. Ainda há certos preconceitos da sociedade em

relação a esta construção, segundo a qual alguns acreditam que o fator biológico é determinante da sexualidade humana.

Em se tratando das relações de gênero, é necessário estabelecer algumas discussões que impliquem no repensar do papel da mulher como sujeito protagonista, dando espaço a sua participação e modificação do seu papel de dominada. A reflexão e a reeducação de valores e conceitos devem abranger também o homem, visto fazer parte das inter-relações como elemento dominante que construiu seu papel como tal historicamente. (MEYER, 1995). Para Foucault (2001), as relações não se processam em apenas uma esfera, mas em forças diversas que resulta numa relação de dominado e dominante.

### **1.5 Riscos e vulnerabilidades do adolescente**

A informação e o conhecimento são aspectos importantes que influenciam a atitude, a compreensão e a tomada de decisão, não sendo o fator determinante, porque também há interferência significativa dos fatores psicosociais, biológicos e culturais.

Entre os riscos vividos pelos adolescentes, os estudos mostram que os jovens estão iniciando sua vida sexual precocemente. Pinto (2000) relata que, na América Latina e no Caribe, cerca de 50% dos adolescentes estão sexualmente ativos aos 17 anos de idade. Deste total, as meninas iniciam sua vida sexual aproximadamente aos 15 anos e os meninos aos 14 anos. Já Alfaro et al. (2000), em estudo realizado em Havana, verificaram que a média de início da vida sexual era aos 13.8 anos.

No Brasil estes números não diferem muito. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no ano de 1998, sobre o comportamento sexual da população revela que, dos adolescentes entre 16 e 19 anos, 61% já tinham tido relações sexuais e 40,2% ocorreram antes

dos 15 anos, incorporando um comportamento de risco tanto para DST/aids, bem como para gravidez. (BRASIL, 2000a).

Associado ao início da vida sexual precoce está a alta incidência de DST, sendo um dos agravos mais freqüentes à saúde. Isto é consequência de vários fatores, entre eles, podem-se destacar a variação de parceiros, a baixa adesão ao uso do preservativo, características das mucosas genitais e tecido cervical que nesta fase é mais susceptível à infecção. As infecções por *Chlamydia trachomatis* e papilomavírus humano e as úlceras genitais são freqüentes e aumentam o risco de infecção com HIV e câncer de útero. Estes vêm aparecendo com freqüência em mulheres que desenvolvem aids. (BRASIL, 2000b).

A UNAIDS refere que, quanto ao uso de métodos anticoncepcionais, apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos fazem uso de algum tipo, o que propicia muitas vezes a gravidez mais cedo. A evasão escolar é uma das consequências da gravidez precoce, contribuindo assim para a extinção de um espaço que possibilita a socialização destas adolescentes, através do aumento de seu nível de conhecimento, atenuando a sua vulnerabilidade a infecção. (PINTO, 2000).

No que tange ao uso do preservativo, alguns elementos estão relacionados à baixa adesão do seu uso. Dentre eles, poderíamos ressaltar a crença na invulnerabilidade, insegurança sexual, interferência da mídia, início da vida sexual precoce, o uso de drogas, relacionamentos efêmeros, monogamia seriada em um determinado período, a desinformação quanto às formas de prevenção as DSTs-aids e deficiências na educação sexual orientada muitas vezes por uma questão desigual de gênero. (BRASIL, 2000b).

Hoyos (1997) realizou um estudo no México com adolescentes entre 15 e 19 anos e verificou que apenas 30.7% faziam uso do preservativo, tendo como maior preditor para o uso o nível sócio-econômico. Os números também mostram que o sexo masculino e pessoas com maior grau de informação sobre as DSTs-AIDS são os maiores usuários do preservativo.

Silva (1998) realizou um estudo em Fortaleza e encontrou resultados semelhantes. Em sua pesquisa, refere que os adolescentes de nível sócio-econômico mais baixo iniciam vida sexual mais tardiamente em relação aos de nível sócio-econômico mais alto, todavia, o uso do preservativo foi 43% e 53% respectivamente.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2001) revela que em 16,3% dos adolescentes entre 16-19 anos já consumiram alguma droga. O uso de drogas, seja por meio do compartilhamento de seringas, seja pelo consumo abusivo de álcool ou outras drogas, aumentou. A idade média para o início do uso de drogas injetáveis no Brasil foi estimada em 17 anos. Porém dois terços afirmaram ter iniciado aos 15 anos mostrando o início precoce do uso de drogas injetáveis. Isto, vale ressaltar, além do risco do usuário à adoção de práticas sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros.

Diante da revisão da literatura sobre o contexto que favorece a vulnerabilidade do jovem as DSTs-aids, e que torna-se necessário a efetividade das intervenções de prevenção, emergiram os objetivos do presente estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Avaliar uma intervenção educacional para a prevenção das DSTs-AIDS com adolescentes e adultos jovens que freqüentavam Centros Sociais Urbanos em Fortaleza(CE).

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil dos adolescentes e adultos jovens e suas principais vulnerabilidades;
- Analisar mudanças cognitivas e comportamentais acerca das DSTs-aids, pós-intervenções;
- Identificar a percepção dos adolescentes acerca das atividades educativas em grupo;
- Identificar aspectos da construção da sexualidade dos adolescentes que influenciam no seu comportamento.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de dois métodos: a metodologia quantitativa visando caracterizar o perfil e conhecimentos dos adolescentes e a qualitativa para identificar percepção e atitudes dos participantes diante da intervenção educacional na prevenção as DSTs-aids.

Segundo Minayo (2000), as duas metodologias podem se complementar, apesar de se diferenciarem na natureza do estudo. Enquanto a metodologia quantitativa objetiva fenômenos concretos e mensuráveis, a qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, pensamentos, crenças, valores e atitudes.

Rey (2002, p.30) reflete acerca da abordagem dos dois métodos, enfocando uma evolução processual nas pesquisas sociais, em que uma não determina exclusão da outra, referindo que “A contradição entre o qualitativo e o quantitativo não constitui contradição metodológica, ela só aparece em seu caráter contraditório no campo epistemológico”.

O projeto de intervenção avaliado neste estudo ocorreu no período de outubro de 2001 a outubro de 2002, nos Centros Sociais Urbanos (CSUs) localizados nos bairros: Conjunto Ceará, José Walter e Borges de Melo em Fortaleza-Ce. Nestes centros são realizadas continuamente palestras, atividades educativas, esportivas e recreativas (música, teatro...), atividades essas que têm como público alvo a população dos bairros referidos. Os adolescentes vão aos CSUs para desenvolverem, em alguns períodos da semana e/ou turnos do dia, algumas atividades, não havendo nenhum tipo de vínculo. A frequência nos centros é livre e voluntária. No período de outubro de 2001 os educadores do GAPA entraram em contato com os coordenadores dos referidos CSUs, onde iniciou o processo de divulgação e informação acerca das propostas do projeto.

### 3.1 Metodologia quantitativa

#### 3.1.1 Tipo de estudo

O estudo em questão foi de intervenção. O projeto teve duração de um ano, no entanto as oficinas educativas ocorreram de janeiro à outubro de 2002, uma vez por semana, sob a orientação de três educadores, sendo locado um educador para cada centro. As oficinas foram programadas para abordar as seguintes temáticas: DST-aids (transmissão, prevenção, tratamento), sexualidade (gênero, mitos e tabus), drogas (efeitos, prevenção e tratamento) e métodos anticoncepcionais (tipos e maneira de usar). Em cada oficina era trabalhado um tema. Foram utilizadas, como meio de abordagem, dramatizações, gincanas, discussão dialógica, músicas, vídeos e filmes. Além das dramatizações durante as oficinas, era oferecido uma oficina de teatro com carga horária de quatro horas semanais, organizada pelos participantes, com a assessoria de um educador, tendo como roteiro os temas relacionados acima.

Oficina educativa é um espaço de construção e reflexão, que se dá, a partir de conteúdos, trocas de saberes, experiências e tomada de atitude. Tem, como forma de abordagem, as dinâmicas de grupo, as quais facilitam o ensino-aprendizagem de forma mais livre. (ARAÚJO et al., 1998). O planejamento das oficinas foi organizado em fases: de estruturação teórica, objetivos e opção metodológica.

#### 3.1.2 População

A população estudada foi constituída de adolescentes e adultos jovens que se inscreveram nos três CSUs no período referido, com idade que variava de 13-23 anos de idade, incluindo ambos os sexos. Foram constituídos um grupo controle(GC) e um experimental(GE), compostos, respectivamente, por 244 e 68 participantes, dos quais os

adolescentes que compuseram o GC foram os que aceitaram responder espontaneamente o questionário inicial aplicado nos três CSUs, enquanto os do GE foram aqueles registrados como multiplicadores. A frequência de participação nas oficinas era livre. Porém, aquele que tinham o objetivo de ser multiplicadores do projeto, era solicitado uma frequência em pelo menos sete oficinas. Todos os indivíduos de ambos os grupos tiveram, ao final, as mesmas oportunidades de participar de todas as atividades de prevenção.

### 3.1.3 Coleta de dados

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado (anexo A) e auto-aplicativo com questões fechadas e abertas, garantindo-se o anonimato das respostas dadas, este questionário foi baseado no questionário auto-aplicável utilizado na avaliação de um projeto de intervenção com escolares (MAGNANI et al, 2001). As variáveis avaliadas nos questionários foram: características sócio-demográficas, identificação pessoal (exceto o nome), informações acerca de drogas (uso de drogas, tempo de uso, quantidade e sua interferência na vida cotidiana), conhecimento sobre DST-AIDS e sexualidade (vias de transmissão, formas de prevenção, ciclo menstrual, período propício para engravidar, métodos anticoncepcionais, percepção sobre homossexualismo e gênero), percepção sobre atenção a saúde do adolescente, tabus e crenças relacionado à sexualidade, às DSTs-aids e às drogas.

A coleta de dados no grupo controle ocorreu em janeiro de 2001, com a aplicação dos questionários nos três centros, totalizando 244 adolescentes. Já no grupo experimental a coleta de dados foi realizada durante e após o processo de intervenção. Em outubro de 2002, ao término das oficinas foram aplicados os questionários neste grupo, totalizando 68 adolescentes.

### 3.1.4 Análise

Os dados foram submetidos à análise bivariada, empregando-se o teste exato de Fisher e o teste do qui-quadrado de Pearson, para comparação de proporções, e o teste de Wilcoxon, para comparação não paramétricas. A análise foi realizada através do Stata 7.0™.

## 3.2 Metodologia qualitativa

A idéia de realizar a pesquisa qualitativa surgiu a partir da avaliação do primeiro questionário e da participação enquanto pesquisadora-observadora de uma das oficinas realizadas. Na ocasião foram observadas manifestações, atitudes e inter-relações dos sujeitos estudados, aspectos estes que não seriam evidenciados na avaliação da pesquisa quantitativa, porém importantes em um processo de intervenção educacional. De forma que esta última complementou a análise do objeto em estudo.

Deslandes (1994) refere que há um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois, estão em um “espaço mais profundo das relações”, nas crenças, valores, atitudes e significações. Neste sentido, procurou-se compreender a dinâmica do desenvolvimento das inter-relações durante este processo de intervenção.

### 3.2.1 Universo da pesquisa

A população de estudo foram os 68 adolescentes que participaram das oficinas como multiplicadores nos três CSUs.

### 3.2.2 Construção dos dados

Os instrumentos utilizados para abordagem da pesquisa foram o grupo focal e o diário de campo, que são métodos de pesquisa qualitativa que possibilitam complementar dados, percepções, modos de ser, agir e as inter-relações em um grupo. (MINAYO, 2000).

O diário de campo é uma técnica de coleta de dados, no qual se podem registrar, observações, experiências e sentimentos. Também facilita a descrição da linguagem utilizada pelo grupo e características do ambiente. (VÍCTORA, 2000).

No diário de campo foram registradas cronologicamente as observações produzidas durante a participação da pesquisadora nas intervenções. As oficinas ocorriam semanalmente das 18:00h às 21:00h em dois CSUs e das 16:00h às 19:00h, no outro. A pesquisadora participou de sete oficinas: em três como observadora, em duas como observadora e facilitadora das oficinas, e nas demais na aplicação dos questionários, distribuídas equitativamente nos três CSU's. Para participar das oficinas, a mesma foi apresentada aos grupos, bem como expostos os seus propósitos para realização da pesquisa. Durante os encontros, houve oportunidades de conversar com alguns adolescentes, quando alguns se mostravam mais abertos ao diálogo.

O grupo focal é uma técnica que possibilita a participação de 6-12 integrantes. Neste pode-se captar uma visão ou representação dos participantes, acerca de algum tema em foco. (VÍCTORA, 2000).

Segundo Minayo (2000), a discussão em grupo é um instrumento de relevante importância para abordar questões relacionadas à saúde sob o ângulo social. Schrader *apud* Minayo reforça a importância desta técnica, de modo que, quando entre membros participantes de discussões sobre fatos, estes se impõem, emitindo opiniões que influenciam normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos participantes.

Foram realizados dois grupos focais: um no CSU do conj Ceará e outro com o CSU José Walter. Na última oficina deste CSU, o educador convidou os adolescentes a participarem do grupo focal, explicando a metodologia que seria empregada, em data acordada com o grupo. O primeiro grupo focal foi realizado quatro meses após o término da oficina. Na sala estavam presentes 15 adolescentes (nove do sexo feminino e seis do masculino), dois destes, sem participação verbal. O observador também registrou aquilo que foi comunicado do ponto de vista não-verbal, comunicação que ainda precisa ser muito percebida na vivência com adolescentes. Seus silêncios e suas inquietudes mereceram atenção e constituíram informações importantes no momento de análise. Os participantes deste CSU foram os que apresentaram menos desistências e substituições, revelaram integração nas inter-relações que se desenvolviam a cada encontro. Além da integração, mostrou-se com disponibilidade para realizar mais um encontro, mesmo após o término da intervenção.

O segundo grupo ocorreu um ano após o primeiro. Estavam presentes cinco jovens (quatro do sexo masculino, uma do sexo feminino), pertencentes aos CSUs, Conjunto Ceará e do José Walter e a educadora do Conjunto Ceará. Estes estão atuando, após a intervenção, como multiplicadores do projeto. A discussão seguiu o mesmo roteiro do primeiro, além de prolongar-se com o atual papel que estes estão desenvolvendo junto ao GAPA. Um fato interessante do encontro, foi a relação de interação e cumplicidade a que se encontravam.

O educador do CSU Borges de Melo também foi contactado para realização de um novo encontro objetivando a realização de um grupo focal, porém, por problemas técnicos, falta de espaço, comunicação com o grupo, não possível a realização do mesmo.

Para realização dos grupos, foi explicado como seria a dinâmica de realização do grupo focal. Inicialmente, a discussão foi norteadada por um roteiro e facilitada por um coordenador e um moderador. Dando seguimento à discussão, foram colocadas duas situações dramatizadas pelos próprios adolescentes do grupo, suscitando discussão sobre os fatos em

questão, relacionados ao processo educativo. A duração dos grupos focais realizados foi, em média, de 1 hora e 30 minutos. Para facilitar a compreensão das expressões verbais, as falas foram escritas, gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, com autorização dos participantes. No segundo grupo não houve dramatização.

#### Roteiro de discussões.

- O que vocês pensam sobre estas intervenções em grupo? O que vocês gostaram ou acharam de mais importante?
- Qual a importância de ser multiplicador?
- Esse trabalho modificou alguma coisa no cotidiano de vocês?
- Vocês conversam sobre estes assuntos abordados com seus amigos, namorados e pais?
- O que vocês pensam sobre a educação sexual para o homem e para a mulher?
- Foram colocadas duas situações hipotéticas de relacionamento: A primeira mostrava um relacionamento entre dois jovens (masculino e feminino) que já namoravam há um certo tempo, tinham uma relação estável e não tinham tido relação sexual. A segunda era uma relação de dois jovens, que se encontraram em uma festa, beberam e namoraram. Após a dramatização, foi aberto um espaço para discussão sobre os diversos caminhos que poderiam seguir estes relacionamentos, tendo como foco, o uso do preservativo.

Para realizar esta pesquisa, foi solicitada a permissão aos jovens participantes. Os nomes dos atores sociais da pesquisa são fictícios, resguardando assim sua privacidade.

### 3.2.3 Análise

O processo de tratamento dos dados foi construtivo-interpretativo fundamentado nos autores, Victora (2000) e Rey (2002). Neste método, a informação produzida durante toda a fase da pesquisa é construída e interpretada simultaneamente tornando-se relevante e fundamental para a produção de idéias no estudo em questão. Rey (2002, p.103) refere que “as idéias que estejam em desenvolvimento durante o curso de uma pesquisa serão construtivas do sentido subjetivo das reflexões e ações que o sujeito empreenda em qualquer âmbito de sua prática profissional.” Para sistematizar e conceituar as idéias que emergiram durante a construção dos dados, este método utilizou a formação de categorias. A interpretação dos dados fundamentou-se nas referências conceituais abordadas por estudiosos na área de Intervenção e HIV/aids (AYRES, 2000, 2002, 1996), (PARKER, 2000, 1999), (PASSARELLI, 2002), (PAIVA, 2002, 2003).

#### 4. RESULTADOS

Participaram do presente estudo 312 adolescentes, dos quais 244 pertenciam ao grupo controle (GC) e 68 ao grupo experimental (GE). A análise dos dados demonstrou que os dois grupos se mostraram semelhantes em quase todas as variáveis sócio-demográficas investigadas  $p > 0,05$ . Ambos os grupos compuseram, em sua maioria, de indivíduos do sexo feminino (GC=62,6%, GE=56,0%), de 15 a 18 anos (GC=63,9%, GE=61,7%), solteiros (GC=97,0%, GE=95,6%), com renda familiar menor do que 2,5 salários-mínimos (GC=69,3%, GE=55,7%) e que praticavam alguma religião (GC=70,5%, GE=66,6%), mais freqüentemente o catolicismo (GC=60,1%, GE=65,7%), quanto a situação profissional, tinham o pai (GC=58,9%, GE=66,7%) e a mãe (GC=44,3%, GE=45,2%) empregados, e uma parcela dos adolescentes já desenvolvia atividade remunerada (GC=34,2%, GE=26,6%).

(Tabela 1)

Nos dois grupos, a maior parte dos entrevistados convivia com a própria família em domicílio (GC=85,2%, GE=79,4%). Apesar da semelhança, na maior parte das variáveis sócio-demográficas analisadas, os grupos diferiram estatisticamente entre si quanto a sua composição por faixas etárias ( $p=0,03$ ). No entanto, a maioria dos entrevistados dos dois grupos concentrou-se na faixa etária de 15 a 18 anos.

Quanto ao grau de escolaridade dos pais, 42% das mães do GC e 59,1% do GE tinham um baixo nível escolar (inferior a 1º grau completo). Quanto à escolaridade do pai, o percentual de adolescentes que a desconheciam foi consideravelmente alto (GC=24,2% e GE=19,1%). Observou-se que, destes, 48% do GC e 81% do GE tinham pais separados. Menos da metade dos adolescentes de ambos os grupos (46,0%) responderam que os pais viviam juntos e que apresentavam bom relacionamento entre si, enquanto 30,3% do GC e GE 38,5% eram separados.

**TABELA 1- Características sócio-demográficas dos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs – Fortaleza/CE – 2001 – 2002**

Variáveis	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	90	37,34	29	43,94	
Feminino	151	62,66	37	56,06	0,33*
<b>Faixa etária</b>					
< 15 anos	45	18,44	6	8,82	
15 – 18 anos	156	63,93	42	61,76	0,03*
> 18 anos	43	17,62	20	29,41	
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	229	97,03	65	95,59	
Casado	7	2,97	3	4,41	0,69*
<b>Religião</b>					
Sem religião	37	15,23	5	7,46	
Católica	146	60,08	44	65,67	
Evangélico	45	18,52	16	23,88	0,24*
Outra	15	6,17	2	2,29	
<b>Prática religião</b>					
Sim	163	70,56	44	66,67	
Não	68	29,44	22	33,33	0,54*
<b>Renda familiar em salários mínimos</b>					
< 180	24	12,50	4	6,56	
180 – 250	43	22,40	11	18,03	0,06**
250 – 500	66	34,38	19	31,15	
≥ 500	59	30,73	27	44,26	
<b>Pai empregado</b>					
Sim	129	58,90	40	66,67	
Não	38	17,35	8	13,33	0,55**
Aposentado	16	7,31	2	3,33	
Não tenho pai	36	16,44	10	16,49	
<b>Mãe empregada</b>					
Sim	93	44,29	28	45,16	
Não	92	43,81	28	45,16	0,93**
Aposentada	14	6,67	4	6,45	
Não tenho mãe	11	5,24	2	3,23	
<b>Atividade remunerada</b>					
Sim	75	34,25	17	26,56	
Não	29	13,24	12	18,75	0,37**
Não trabalha	115	52,51	35	54,69	
<b>Escolaridade do pai</b>					
1º grau incompleto	86	35,83	32	59,09	
2º grau incompleto	36	15,00	8	12,12	
Superior	60	25,00	15	22,73	0,41*
Não sei	58	24,17	4	6,06	
<b>Escolaridade da mãe</b>					
1º grau incompleto	100	42,02	39	59,09	
2º grau incompleto	49	20,59	8	12,12	
Superior	64	26,89	15	22,73	0,08**
Não sei	23	10,50	4	6,06	
<b>Pais vivem juntos</b>					
Sim e vivem bem	113	46,89	30	46,15	
Sim e vivem mal	24	9,96	3	4,62	
Não	73	30,29	25	38,46	0,43**
Falecidos	31	12,86	7	10,77	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

Os adolescentes mostraram um descrédito no modelo de atenção dos serviços de saúde. Mesmo após a intervenção, apenas 23,3% do GC e 31,8% do GE ( $p>0,05$ ) referiram que procurariam o serviço público de saúde para falar sobre sexualidade, DST e gravidez. A maioria respondeu que não iria, por motivos diversos: tempo de espera prolongado, falta de respeito pelo adolescente, vergonha, falta de medicamento, entre outros. Quando perguntado se iria a um serviço de saúde, caso fosse acometido por uma DST, o percentual aumentou para 58,2% do GC e 69,1% no GE ( $p=0,12$ ).

Também mostraram certo grau de desconhecimento das questões relacionadas à saúde reprodutiva e não houve diferença significativa entre o GE e o GC ( $p>0,05$ ). Uma parcela considerável dos entrevistados desconhecia o tempo do intervalo menstrual (29,8% no GC e 42,1% GE). Em relação a época provável de engravidar o desconhecimento foi maior: 70,2% no GC e 62,1% no GE não reconheceram o período correto. Porém, houve uma diferença entre os sexos, há uma tendência de maior conhecimento por parte das meninas em relação ao tempo do intervalo menstrual (GC=70,1%, GE=63,7%;  $p=0,00$ ).

Quanto as questões relacionadas à contracepção, métodos como pílula e camisinha mostraram ser bastante conhecidos pelos adolescentes de ambos os grupos (GC=95,3% e GE=96,9%,  $p=0,74$ ), (GC=95,3% e GE=95,5%,  $p=1,00$  respectivamente) (tabela 2). Para outros métodos contraceptivos, observou-se que o grupo experimental mostrou um conhecimento significativamente maior: coito interrompido (GC=62,7% e GE=80,3%;  $p=0,01$ ), dispositivo intra-uterino-DIU (GC=71,2% e GE=92,1%;  $P<0,00$ ) e vasectomia (GC=67,0% e GE=86,1%;  $P<0,00$ ). Apesar de ambos os grupos saberem a importância de colocar o preservativo antes da penetração ( $p=0,20$ ), um percentual maior do grupo experimental passou a reconhecer como uso incorreto a colocação da camisinha apenas na ejaculação (GC=86,0% e GE=97,0%;  $p=0,01$ ) ou não deixar um espaço na ponta do preservativo (GC=56,3% e GE=70,3%;  $p=0,04$ ).

**TABELA 2-Conhecimento, práticas e atitudes sobre saúde reprodutiva referidas pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis relacionadas ao conhecimento sobre práticas e métodos contraceptivos	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
<b>Pílula</b>					
Sim	222	95,28	62	96,88	
Não	11	4,72	2	3,13	0,74**
<b>Camisinha</b>					
Sim	224	95,32	64	95,52	
Não	11	4,68	3	4,48	1,00*
<b>Uso correto camisinha:</b>					
<b>Colocar antes penetração:</b>					
Sim	217	93,94	67	98,53	
Não	14	6,06	1	1,47	0,20**
<b>Colocar na ejaculação:</b>					
Sim	31	14,03	2	3,13	
Não	190	85,97	62	96,88	0,01**
<b>Nunca deixar espaço na ponta:</b>					
Sim	97	43,69	19	25,69	
Não	125	56,31	45	70,31	0,04
<b>Mulher nunca engravida se:</b>					
<b>Mulher não sentir orgasmo</b>					
Sim	113	48,71	22	32,84	
Não	119	51,29	45	67,16	0,02
<b>Usar ducha após relação</b>					
Sim	120	51,95	19	29,23	
Não	111	48,05	46	70,77	0,00*
<b>Relação sexual em pé</b>					
Sim	95	41,21	13	20	0,00*
Não	136	58,87	52	80	
<b>Ejacular fora</b>					
Sim	150	64,94	35	52,24	
Não	81	35,06	32	47,76	0,05*
<b>Comportamento:</b>					
<b>Usaram métodos nos últimos 6 meses :</b>					
Sim	43	17,62	8	11,76	
Não	201	82,38	60	88,64	0,24*
<b>Usou camisinha nos últimos 6 meses:</b>					
Não usou todas as vezes	51	23,39	15	25	
Usou todas as vezes/ nunca teve relação sexual	167	76,61	45	75	0,79*
<b>Porque não usou contraceptivo :</b>					
<b>Não esperava a relação:</b>					
Sim	30	12,3	7	10,29	
Não	214	87,7	61	89,71	0,65*
<b>Queria engravidar:</b>					
Sim	4	1,64	0	0	
Não	240	98,36	68	100	0,58**
<b>Método atrapalha:</b>					
Sim	9	3,69	1	1,47	
Não	235	96,31	67	98,53	0,69**
<b>Pretende usar método na próxima relação?</b>					
Sim	160	69,26	56	84,85	
Não	25	10,82	2	3,03	0,03**
Não pensei	46	19,61	8	12,12	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

Ao serem abordados quanto às situações nas quais uma mulher nunca engravida, o grupo experimental apresentou percentuais significativamente maiores de respostas corretas. Esse maior acerto do GE foi verificado nos seguintes quesitos: se ela não tivesse orgasmo (GC=51,3%,GE=67,2%;p=0,02); fizesse ducha depois da relação (GC= 48,0%; GE= 70,8%; p<0,001) e se tivesse relações em pé (GC=58,9%, GE=80,0%; p<0,001) (tabela 2). Embora o percentual de adolescentes tenha aumentado as respostas corretas referindo que a mulher nunca engravida se tivesse relação antes da primeira menstruação (GC= 43,5%; GE=56,1%; p=0,07) ou na primeira (GC=62,1%; GE=74,2%; p=0,08), se a ejaculação fosse fora (GC= 35,06%; GE=47,76, p=0,05) este aumento não foi estatisticamente significante.

Dentre os fatores apontados para não utilização de nenhum método anticoncepcional estava, a ocorrência de relações sexuais inesperadas (GC=87,7%, GE=89,71%; p=0,65). Uma parcela dos entrevistados que tiveram relação (GC=18,0%, GE=11,8%; p=0,24) referiu não ter utilizado algum método nos últimos seis meses. A quase totalidade dos adolescentes não percebia a camisinha como um método que atrapalhasse a relação (GC=96,3%, GE=98,5%; p=0,69) e não queria engravidar (GC=98,36%, GE=100,0%; p=0,69) (tabela 2).

Várias formas foram referidas pelos adolescentes para adquirirem algum tipo de método contraceptivo. O posto de saúde foi o mais citado (GC=35,4% e GE=46,2%; p=0,02), em segundo lugar estava a farmácia (GC=35,4% e GE=30,8%; p=0,02), a mãe (GC=5,2% e GE=6,1%; p=0,02), o pai não foi citado pelo GC e apenas 3,0% do GE referiu. Todavia, o percentual de adolescentes que não sabe aonde procurarem algum tipo de método contraceptivo foi GC=23,7% e no GE=9,2%.

A idade média do início da atividade sexual foi 13,9 anos para os jovens do sexo masculino e um pouco maior, 15,6 anos para o sexo feminino. Dos adolescentes que já tinham iniciado sua vida sexual, a maioria era do sexo masculino (GC=59,8% e GE=62,9%; P=0,00). Dos participantes, 43,2% do GC e 41,2% do GE; P=0,76, referiram já ter iniciado a prática

sexual. Apenas pequena parte usou preservativo todas às vezes (GC=22,3% e GE=14,0%;  $p=0,58$ ).

Um dado importante foi que 84,8% dos adolescentes do GE pretendem usar algum tipo de método na próxima relação ( $p=0,03$ ). A camisinha foi referida com 51,0%.

Nas questões relacionadas à sexualidade (tabela 3), observou-se que, mesmo após a intervenção, existem muitas dúvidas e desconhecimento. Na maioria das assertivas acerca deste tema, como as que afirmavam que a sexualidade está relacionada apenas aos órgãos sexuais, que cada pessoa mostra sua sexualidade de forma diferente, que a mulher pode chegar ao orgasmo mais rápido que o homem, e que sentir-se atraído por alguém do mesmo sexo é sinal de homossexualidade, não houve diferença estatística. Quando questionados se o orgasmo somente ocorreria quando fosse estimulado por alguém do sexo oposto e que o casal não deve ter relações durante a gravidez, observou-se um maior número de respostas negativas para este quesito entre os adolescentes do GE, respectivamente (CG=55,0% e GE=69,1%;  $p=0,03$ ) e (CG=58,4% e GE=83,8%;  $p=0,00$ ). Entretanto houve diferença estatística entre os sexos do grupo GE, mas não do GC para assertiva que o orgasmo só ocorreria com o sexo oposto. Neste grupo a maioria dos que responderam afirmativo foram o sexo feminino.

Já no que se refere ao tipo de relacionamento em que deveria ocorrer uma relação sexual, os dois grupos não diferiram estatisticamente ( $p=0,68$ ), as relações mais referidas foram: após o casamento (GC=34,6% e GE=40,3%), com namorados (GC=21,6% e GE=23,9%) e só atração (GC=22,1% e GE=16,4%).

**TABELA 3-Conhecimentos, práticas e atitudes sobre sexualidade informada pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
Sexualidade esta relacionada apenas aos órgãos sexuais					
Sim	91	37,92	22	32,35	0,40*
Não	149	62,08	46	67,65	
Cada pessoa mostra de forma diferente					
Sim	211	88,66	65	95,59	0,09**
Não	27	11,34	3	4,41	
A mulher pode gozar mais rápido					
Sim	103	43,46	29	42,65	0,90*
Não	134	56,54	39	57,35	
O orgasmo ocorre somente com o sexo oposto					
Sim	107	44,96	21	30,88	0,03*
Não	131	55,04	47	69,12	
Sentir atração por alguém do mesmo sexo é sinal de homossexualidade					
Sim	190	80,17	51	75	
Não	47	19,83	17	25	
Casal não deve ter relações sexuais durante a gravidez					
Sim	99	41,6	11	16,18	0,62*
Não	139	58,4	57	83,82	0,00*
<b>Quando deve se ter relações sexuais:</b>					
Só com atração	51	22,08	1	16,42	0,68**
Bons amigos	11	4,76	3	4,48	
Namorados	50	21,65	16	23,88	
Noivos	8	3,46	4	5,97	
Depois de casados	80	34,63	27	40,3	
Não sei	31	13,42	6	8,96	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

A idade média do início da atividade sexual foi 14,6 anos considerando ambos os grupos. Dos adolescentes que já tinham iniciado sua vida sexual, a maioria era do sexo masculino (GC=59,8% e GE=62,9%;  $P=0,00$ ).

Observou-se que há uma preferência dos adolescentes em procurar mais os amigos (GC=60,6% e GE=64,7%) para conversarem sobre sua vida sexual, em seqüência o namorado (GC=34,8% e GE=41,2%) e a mãe (GC=35,6% e GE=33,8%). O médico, a enfermeira do posto e o pai foram os menos citados.

O percentual referido de carícias íntimas indesejadas foi de 23,8% no GC e 38,5% no GE, este percentual foi maior no sexo masculino do GC, enquanto no GE não houve diferença estatística. O número de relações forçadas foram 7,21% no GC e 3,39% no GE.

A proporção de adolescentes do grupo experimental que respondeu corretamente se uma pessoa pode ter uma DST sem qualquer queixa clínica foi significativamente maior no GE (GC=78,2% e GE=91,2%;  $p=0,01$ ). O grupo experimental também demonstrou maior conhecimento ao responder ser falsa a assertiva de que é suficiente tratar somente um dos parceiros, em relação ao grupo controle (GC=65,4% e GE=86,4%;  $p=0,00$ ). Acerca da parceria sexual única como forma de prevenir as DSTs, nos dois grupos, predominou a resposta que tal conceito era falso. Entretanto, a proporção dos adolescentes do grupo que sofreu intervenção educacional foi significativamente maior (GC=62,2% e GE=77,6%;  $p=0,00$ ). Em outras assertivas, não ocorreu diferença estatística entre os grupos ( $p>0,05$ ). Uma delas era sobre o fim da sintomatologia indicar a interrupção do tratamento, para qual os dois grupos disseram ser errada tal idéia. Os grupos também acertaram ao responder que uma mesma DST pode apresentar sintomatologia diferente entre os parceiros sexuais. Foi perguntado sobre o uso do preservativo não regularmente como forma eficaz de prevenção de DST, sendo as respostas dos grupos iguais estatisticamente.

**TABELA 4 - Conhecimentos geral e atitudes sobre dst-aids informada pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
<b>A pessoa não pega DST se usar camisinha na maioria das vezes</b>					
Sim	126	55,75	31	45,59	0,14*
Não	100	44,25	37	54,41	
<b>A pessoa não pega DST se tiver apenas um parceiro</b>					
Sim	87	37,83	15	22,39	0,01*
Não	143	62,17	52	77,61	
<b>Formas comprovadas de transmissão da aids</b>					
Beijar na boca de infectado					
Sim	46	18,85	6	8,82	0,06*
Não	198	81,15	62	91,18	
Relação sexual sem camisinha com					
Sim	233	95,49	66	97,06	0,74*
Não	11	4,51	2	2,94	
<b>Formas comprovadas de transmissão da aids</b>					
Doar sangue					
Sim	90	36,89	15	22,06	0,74*
Não	154	63,11	53	77,94	
Picado por mosquito que picou infectado					
Sim	95	38,93	11	16,18	0,00*
Não	149	61,07	57	86,82	
Durante a gravidez da mãe infectada para o bebe					
Sim	200	81,97	59	86,76	0,46*
Não	44	18,03	9	13,24	
Compartilhar seringas com infectados					
Sim	234	95,9	67	98,53	0,46*
Não	10	4,1	1	1,47	
<b>O que faria se descobrisse que estava com dst</b>					
Conversaria com o pai					
Sim	90	36,89	22	32,35	0,19*
Não	154	63,11	45	66,18	
Não sei	0	0	1	1,47	
Conversaria com a mãe					
Sim	163	66,8	42	61,76	0,47*
Não	81	33,8	26	38,24	
Conversaria com o amigo					
Sim	84	34,43	28	41,48	0,31*
Não	160	65,57	40	58,88	
Procuraria o posto de saúde					
Sim	142	58,2	47	69,12	0,12*
Não	102	41,8	21	30,88	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

Quanto às formas de transmissão do HIV/aids, foram citadas algumas e os adolescentes tinham a escolha entre falso e verdadeiro. O beijo na boca de pessoa portadora do vírus, não foi reconhecido pela maioria dos adolescentes de ambos os grupos como forma comprovada de infecção ( $p>0,05$ ). Os grupos foram equivalentes também ao reconhecer como meio comprovado de infecção a relação sexual desprotegida com indivíduo infectado, a transmissão vertical e o compartilhamento de seringas com pessoas infectadas ( $p>0,05$ ). A doação de sangue passou a ser identificada como uma situação segura para uma maior proporção de adolescentes do grupo experimental (GC=63,1% e GE=77,1%;  $p=0,74$ ), porém sem diferença estatística. Tal diferença observou-se também quanto à falsa possibilidade de transmissão por um vetor (GC=61,1% e GE=86,8%;  $p=0,00$ ).

Os adolescentes referiram medo de ser acometido por uma DST em 73,4% do GC e 84,8% do GE. Quando questionado sobre a atitude deles frente à infecção por uma DST, não houve qualquer diferença estatística entre os grupos ( $p>0,05$ ). As posturas de conversar com os pais, amigos ou procurar o posto de saúde foram semelhantes, nos dois grupos a mãe foi referida como pessoa para conversar, enquanto o pai foi procurado por um pequeno percentual.

A abordagem acerca das drogas no questionário não objetivava conhecimento, mas sim atitudes e práticas. Não houve diferença estatística entre os dois grupos, 69,4% do GC e 75,4% do GE referiram nunca ter utilizado álcool. Observou-se que havia 30,6% do GC e 24,6% do GE fazendo uso de álcool com frequência, 6,7% do GC e 4,6% do GE usando o solvente de um vez ao dia a quatro vezes por semana e 6,41% do GC e 6,15%;  $p=1,00$  do GE experimentaram maconha nos últimos 12 meses. Dentre os usuários de maconha 4,9% do grupo controle e 4,69% do grupo experimental responderam usar com frequência.

**TABELA 5-Freqüência e consumo de drogas dentre os adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis	Grupo Controle		Grupo Experimental		P - valor
	n	%	n	%	
<b>Freqüência consumo de álcool</b>					
Nunca	159	69,43	49	75,38	
Menos que mensal	25	10,92	6	9,23	
Mensal	33	14,41	6	9,23	0,59**
Semanal	11	4,8	3	4,62	
Diário	1	0,44	1	1,54	
<b>Uso solvente</b>					
Não	201	87,01	63	96,92	
Sim	24	10,39	2	3,02	
Não sei	6	2,6	0	0	0,07**
<b>Freqüência do uso do solvente</b>					
Não usei	209	93,3	62	95,38	
1 vez/semana	4	1,79	0	0	
1 ou mais vez/semana	1	0,45	1	1,54	0,47**
2 ou mais vez/semana	1	0,45	1	1,54	
4 ou mais vez/semana	1	0,45	0	0	
<b>Experimentou maconha nos últimos 12 meses</b>					
Não	215	91,88	61	93,85	
Sim	15	6,41	4	6,15	1,00**
<b>Freqüência uso da maconha</b>					
Não usei	203	93,12	61	95,31	
<1 vez/semana	7	3,21	1	1,56	
1 ou mais vez /semana	1	0,46	0	0	0,54**
Diário	1	0,46	1	1,56	
2 ou mais vez/dia	1	0,46	1	1,56	
Não sei	5	2,29	0	0	
<b>Usa outra droga</b>					
Não	209	92,48	65	97,01	
Sim	17	7,52	2	2,99	0,26**

\*\*Teste exato de Fisher

A razão mais apontada para os adolescentes permanecerem até o término da intervenção, foram os assuntos abordados, em seqüência, o grupo e ser multiplicador. Em relação aos pontos favoráveis ao aprendizado, observou-se que o grupo foi referido como o fator principal. Dos pontos atribuídos como negativos da intervenção, a principal questão foi pouco tempo, e, em segundo lugar o horário.

Dos jovens que responderam o questionário de avaliação, pós intervenção, quase todos 94,0% (n=63) acreditaram que tinham mudado seu comportamento com a intervenção.

Os resultados qualitativos se deram, a partir do “conjunto de expressões” depreendidas por meio da comunicação verbal e não verbal, e dos registros descritos no diário de campo. Foram delineados indicadores após leitura dos dados, os quais foram interpretados e ganharam significação. Sendo assim, construídas três categorias que irão nortear a discussão deste momento do estudo: **construção de um novo saber** (constituídos por indicadores relacionados a autonomia e identidade, inter-relações e saberes compartilhados); **determinantes para o uso do preservativo** (construída com aspectos culturais e “scripts”(roteiros) que determinam o uso do preservativo); **aspectos da construção social da sexualidade** (construída com relatos acerca do papel da família, da escola na construção da sexualidade e percepção dos adolescentes quanto a questão de gênero).

## 5. DISCUSSÃO

A prevenção tem sido apontada como o principal meio de luta contra a disseminação do HIV. (PASSARELLI, 2002). Estudos realizados com adolescentes têm revelado que as intervenções preventivas, produzem resultados positivos no âmbito cognitivo (AGHA, 2002; JEOLÁS, 2003; PAIVA, 2002), embora ainda seja questionável a mudança comportamental. Um ponto em questão é que não se tem ainda uma política definida de prevenção e promoção à saúde, que priorize como foco de ação os contextos sociais e os significados culturais intersubjetivos, onde a atividade sexual ocorre. (PARKER, 2000).

O estudo realizado junto aos adolescentes frequentadores de Centros Sociais Urbanos de Fortaleza identificou a alta vulnerabilidade destes adolescentes, no que se refere ao risco potencial de infecção pelo HIV, categoria já apontada para os adolescentes pelo Ministério da Saúde (1999), assim como algumas perspectivas de ampliação das políticas de prevenção.

A efetividade da prevenção em DST/aids depende da interação dos três eixos que orientam a vulnerabilidade: o individual, o social e o institucional (MANN, 1992; AYRES, 2000). Não era objetivo do projeto intervir nos três âmbitos diretamente, mas sim, sensibilizar o adolescente para o protagonismo juvenil, dentro do seu contexto social, tentando amenizar suas vulnerabilidades.

Os fatores sociais, institucionais e individuais de vulnerabilidade discutidos neste estudo são pautados nos conceitos referidos por Ayres (2000) e Rua *apud* Ayres (2001). Estes fatores são divididos apenas didaticamente pois não agem independentemente, mas sim, interagem entre si.

### 5.1 Aspectos socioeconômicos

A população em estudo apresentou um perfil de baixo nível sócio-econômico. Entre os adolescentes estudados, aproximadamente 26,6% já estavam exercendo alguma atividade remunerada. O início precoce da entrada no mercado de trabalho é um fato que tem sido identificado nos últimos tempos, não somente no Brasil, mas em outros países. (BARROS, 2001). Isto tem se revelado como algo preocupante, uma vez que produz conseqüências graves na vida destes adolescentes, que em sua grande maioria, são mal remunerados e exercem atividades em condições precárias, estimulando a desistência ou não conciliação com a escola. Assim, acabam por perder, um espaço definido como rede de construção social. (UNICEF, 2002).

A pesquisa Voz dos Adolescentes, realizada em 2002a pela UNICEF no Brasil, mostrou que os adolescentes que trabalham, geralmente participam do orçamento familiar. O relato de um(a) adolescente participante do projeto em estudo era concordante com este fato. A mesma referiu que sua mãe a proibia de participar porque o projeto não era remunerado e não compreendia que este oferecia uma oportunidade de aprendizagem educativa.

O perfil social das famílias mostrou que os pais apresentavam baixo nível de escolaridade: 47,0% dos pais e 59,0% das mães não tinham completado o ensino fundamental. Segundo. Szwarcwald apud Fonseca (2000) que a variável mais importante para predizer conhecimento sobre aids é o grau de instrução. De posse desse dado, entende-se que a família, que é o primeiro grupo de construção social do indivíduo e também a instituição referida pelos adolescentes como responsável por seus direitos e qualidade de vida segundo a UNICEF (2002), apresenta limitações no repasse e na qualidade dos conhecimentos aos seus membros. Desta forma, perde-se a oportunidade, de fortalecê-los para tomadas de decisões futuras, que vão desde os aspectos corriqueiros do cotidiano, até a vivência de situações únicas e de maior complexidade, a exemplo da sexualidade.

Quanto à renda familiar, quase metade dos pais encontrava-se desempregada. Dos empregados, 55,7% ganhavam menos que dois salários mínimos. Este perfil de renda familiar dos adolescentes é semelhante aos dados obtidos na Pesquisa realizada pela UNICEF (2002). Isto poderia estar revelando o quão limitado é o acesso destes adolescentes a bens de consumo, ao lazer, à moradia, à educação e à aquisição de livros e revistas que são instrumentos essenciais no processo de formação. (FONSECA, 2000). O acesso às fontes de informação são diferentes de acordo com o extrato sócio-econômico da população. A classe alta busca mais informações em rádio, revistas e periódicos enquanto que a baixa tem como principal veículo de informação, a televisão. (HOYOS, 1997).

A escolaridade e renda são, portanto, determinantes apontados para o diagnóstico da situação de saúde de um indivíduo. (FONSECA, 2000). Neste sentido, conforme o perfil apresentado, os adolescentes podem encontrar-se mais ou menos vulneráveis às doenças.

Estes fatores sobre o contexto socioeconômico dos adolescentes em estudo mostrou a situação de vulnerabilidade social a que estes se encontram, não só especificamente em relação à contaminação das DSTs/aids, mas sim ao “adoecer” de uma forma geral. Estes fatores aumentam, também, a vulnerabilidade de agravos tipo: uso de drogas, gravidez não planejada e a baixa escolaridade. (UNICEF, 2002). O conhecimento deste contexto deve ser levado em conta no planejamento das atividades educativas.

Além destes fatores, evidenciou-se no estudo um importante nível de desestruturação familiar. Apesar de 79,4,% dos adolescentes referirem morar com a família, quase metade revelaram relacionamento conflituoso entre os pais, em geral. Além disso, demonstrou-se que é comum o distanciamento do pai, em relação ao adolescente, quando este é separado de suas mães.

Entretanto, mesmo as pessoas que vivem em um grupo aparentemente homogêneo em sua posição social, podem diferenciar-se em algumas questões que são essenciais para aumentarem ou diminuir o seu risco da exposição ao HIV. Desta forma, respondem de maneira diferenciada a este agravo. Sobre a questão, Ayres (2000, p.22) refere: “O que a lente da cidadania nos permite ver é que as pessoas têm possibilidades distintas de transformação de sua realidade, de resposta a epidemia”.

Portanto, é possível promover o fortalecimento da cidadania dos adolescentes ultrapassando a simples cognição, num mesmo contexto sócio-econômico adverso.

## **5.2 Aspectos institucionais**

No que diz respeito às instituições do setor de saúde, as ações de prevenção da aids tem sido desenvolvidas a partir da proposta do SUS que prioriza promoção da saúde e prevenção das doenças, um dos aspectos que tem contribuído para a redução de casos de aids no Brasil. Passarelli (2002) fez uma reflexão durante o Seminário de prevenção da aids realizado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS -ABIA sobre pontos que vem interferindo na real efetividade das ações de prevenção promovidas pelo SUS. Há muitos projetos que vislumbram o controle desta epidemia, todavia muitos desses não levam em consideração um diagnóstico local, há uma lacuna entre o escrito e o praticado, não desmerecendo os trabalhos já realizados. Conseqüentemente, há um distanciamento entre o cenário desejado e o real. (PASSARELLI, 2002).

Em se tratando da população de adolescentes, parece não haver uma estrutura para o atendimento dessa clientela, haja vista que apenas 31,8% dos adolescentes estudados referiram procurar os serviços de saúde, mesmo após a intervenção, para falar sobre temas que estão intrinsecamente relacionados às inquietações do período que vivenciam. A

sexualidade é um destes, e revelaram como obstáculos à procura, se sentirem desrespeitados, terem vergonha, além do tempo prolongado de espera. Este é um dos pontos cruciais a se pensar quando se pretende desenhar políticas públicas para essa clientela, possibilitando se discutir o modelo de atenção vigente do país.

A visão que o adolescente tem da estrutura das unidades de saúde é que estes são locais destinados a tratar doenças, e não a atender pessoas saudáveis. Estudo realizado pela UNICEF em 2002 mostrou que, ao adoecer, a grande maioria dos adolescentes tinham acesso aos serviços de saúde (79%), no entanto, cerca de 17% referiram ter dificuldade neste acesso. (UNICEF, 2002a).

A atuação dos profissionais de saúde da atenção primária, incumbidos da promoção e da prevenção, tem, na sua grande maioria, uma formação biomédica e tecnicista, que privilegia o ato em si, muitas vezes sem reflexão, com um olhar direcionado para doença e não para o significado do adoecer, processo específico que cada pessoa experimenta. Toda esta formação ocasiona limitações na adoção de uma visão holística da comunidade a partir de suas vulnerabilidades, impedindo, conseqüentemente, uma atenção adequada para atuar em assuntos relacionados a sexualidade e DST/aids. (PASSARELLI, 2002; SILVA, 2004).

Este estudo apontou como existe um despreparo dos gestores e profissionais para receber o cliente adolescente. A atenção a esta clientela parece não fazer parte nem da rotina dos serviços e nem dos profissionais. Mesmo com o Programa Saúde da Família (PSF), modelo estratégico adotado pelo Ministério da Saúde que pretende promover a inversão do atual modelo, observa-se que ainda há uma priorização das práticas curativas e o impacto esperado de prevenção ainda é débil. (SILVA, 2001).

O Brasil vem mostrando avanços na luta da atenção e prevenção da aids, todavia, as ações ainda seguem, freqüentemente, por um paradigma técnico e normativo, hierarquizado e verticalizado. Não há ferramentas que orientem a compreensão da complexidade da

subjetividade humana, nem o entendimento da identidade local, específica de cada grupo, muito menos uma capacitação capaz de sensibilizar os profissionais quanto à visão do adolescente na sua totalidade, dentro de um contexto em que está exposto a riscos, visualizando suas vulnerabilidades e valorizando sua subjetividade. Há necessidade de preparar os profissionais para lidar efetivamente com essa clientela. A adoção de atitudes positivas que valorizem o aspecto saudável, a ser explorado nessa faixa etária, seria algo fundamental nesse processo.

### **5.3 Construção de um novo saber**

A abordagem metodológica utilizada no processo de intervenção (as oficinas e a participação no teatro), proporcionou um espaço de construção de novos conceitos, concepções e atitudes. Mais que isto, possibilitou o compartilhamento dos diferentes saberes do grupo, o exercício da habilidade de expressão e a vivência de novos sentimentos. Na análise, os adolescentes demonstram, que as oficinas propiciaram liberdade para falarem sem censura dos assuntos abordados e dificilmente discutidos em outras instituições porque o grupo era um espaço de identificação, além de se sentirem estimulados a buscar novas leituras e a tornarem-se multiplicadores dos conteúdos apreendidos. Este fenômeno foi percebido nas atitudes observadas e nas falas expostas a seguir.

Eu, João, refiro que muitas coisas que ocorreram aqui dentro das oficinas, me mudaram, tanto quanto lá fora. Muitas informações básicas para me informar e ao meu próximo. Em uma roda de amigos, tudo gira em torno do sexo, perguntam “foi com camisinha ou sem?” Tem gente que não tem tempo para participar de um grupo, também tem os que têm a disponibilidade, mas tem a preguiça e ainda tem outros que falta a compreensão dos assuntos.

Antes, eu tinha muita curiosidade de saber essas coisas de jovens, das doenças que ficavam no mundo, aí eu perguntava pra minha mãe, mas ela não tinha informação pra tirar minhas dúvidas. Então, peguei fui atrás dos livros, mas, nunca o que tem no livro é claro, e, não tinha uma pessoa com jeito de falar, por isso fiquei interessado nestas oficinas, muito bem informado graças primeiramente a Deus, depois ao instrutor, belo instrutor. (Patrícia)

Durante o processo da aplicação dos questionários alguns fatos foram observados, pois os participantes não só tinham desconhecimento dos assuntos abordados, como também apresentavam dificuldades de leitura, de interpretação do questionário e de expressão verbal.

O que suscitou reflexão das dificuldades encontradas nas pessoas que encontram-se inseridas em um sistema competitivo e de poder, no qual, segmentos menos desfavorecido, como mostra o perfil sócio-econômico destes jovens em estudo, apresentam deficiências não somente sobre informações acerca das DST-AIDS, mas também sobre questões gerais relacionadas ao processo de aprendizagem. Neste sentido, é que se reconhece que a aquisição do conhecimento, a autonomia e o desenvolvimento de atitudes que contribuam com o crescimento pessoal desses jovens a partir de uma força formadora sejam possibilidades de amenizar ou participar de forma menos desigual das inter-relações de poder oferecidas pelo sistema. (FREIRE, 2000). Segundo Foucault (2001), as relações se articulam por múltiplas forças que envolvem poder, gênero, etnia, idade e saber.

Demo (1999) discute o processo de autonomia em uma linha de reflexão política, onde o indivíduo deve ter possibilidade de participar e de decidir sobre o melhor pra si. Todavia, para que isto aconteça, é necessária a participação dos jovens não somente em atividades em que possam aprender e apreender, mas também no desenho das políticas públicas. Exige-se, porém, um processo de instrumentalização para que essa participação seja qualificada a ponto de conferir a esse grupo poder de decisão e não perpetuação das deliberações dos adultos.

Apenas o homem é capaz de qualidade política, porque somente ele pode ser ator em sentido pleno. é capaz de dizer o que quer, o que deseja, ao que aspira ou de montar uma estratégia prática para consegui-lo. Age e reage. (DEMO, 1999, p. 59).

Dentre outros aspectos observados nas oficinas, a participação de alguns jovens, perguntando e dialogando foram evidenciados como formas de exercitar a autonomia. Freire (2000) refere que na perspectiva da dialogicidade, o saber é construído e a autonomia desenvolvida. A partir do momento em que o indivíduo adquire conhecimento e apropria-se dele, fortalece sua postura, há independência nas atitudes, e, o homem ganha espaço para participar e interferir na história

Na fala dos adolescentes pôde-se observar a participação deles formando novos grupos de adolescentes, saindo da condição de partícipe educando para ator social protagonista da ação, fato que poderia estar evidenciando um passo em direção à autonomia.

Agora, depois do projeto, eu converso no colégio. Nós que participamos do projeto, formamos um grupo de incentivo. Eu moro com meus avós, eles são conservadores, eu não falo sobre estes assuntos com eles, mais eles me incentivam a dar palestras, acho que melhorou minha relação no colégio, com meus amigos, na rua. Atualmente faço parte do grupo de multiplicadores do GAPA...(José)

Ricoeur apud Ayres (2002) cita:

Não existe o sujeito individual, ou, antes, aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um sonho de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente o outro de cada um.

Sousa (1999) levanta, entretanto, algumas considerações sobre a construção da subjetividade e os limites para a autonomia do adolescente. Com o processo de globalização, as condições e as situações em que o indivíduo é desenvolvido, parece depender cada vez menos de si mesmo, e cada vez mais das normas ditadas pelo sistema econômico.

O que faz importante a necessidade de se buscar grupos na fase da adolescência. (SOUSA, 1999). O grupo pode ser um espaço de compreensão da realidade, um espaço para apoio psicológico e de formação de identidade, também, um espaço para cidadania. No entanto existem grupos que podem orientar para um processo de perda da autonomia.

Diógenes refere que a força da exclusão social, a violência com que os jovens são empurrados para as zonas de experimentação repleta de transgressão parecem levar os grupos a funcionarem dentro um estigma particular com normas que resultam conferindo uma identidade que assume papel não idealizado, mas sim, modelado pelo grupo social, o qual sufoca a autonomia dos partícipes do grupo. (DIÓGENES, 1998, p.175).

Desse modo, as autonomias constroem-se na renúncia à autonomia do indivíduo, derivada da ausência de referentes de sua individualidade, de suas marcas, de suas diferenças.

Para Diógenes os grupos sociais que têm níveis de organização, como gangues e galeras, têm um conjunto de regras e normas fixadas de modo rígido que tendem a determinar os papéis dos indivíduos participantes do grupo. As marcas pré-fixadas pelo grupo levariam os jovens abrir mão da construção de sua autonomia, em função da identidade deste grupo.

Como se fosse um jogo, em que fica explícito que a turma é que vai dizer quem você é, a coesão grupal parece fortalecer às custas de uma fragilização dos indivíduos. Ao referir-se à experiência desta natureza, um dos jovens das oficinas enfoca esta dificuldade de autonomia real.

[....]...muitos pais tentam passar o sexo pros seus filhos, quer o seu bem, mas quando eles chegam em rodas de amigos, roda de homens, sempre quer ser mais homem que o outro homem, porque desconfia da masculinidade dele, então, entre amigos: não sei se ela ficou grávida, se peguei alguma doença, se transei sem camisinha. (Pedro)

Isto demonstra como as relações são marcadas pela necessidade de identidade, ou seja, os jovens procuram uma identificação própria, ao mesmo tempo em que são vulneráveis as forças, diretrizes que orientam o grupo ao qual se identificam. Sousa (1999) refere que “a juventude é um construto histórico que diante de um contexto social com o qual não está identificada desenvolve relações próprias”, o que torna a condição de jovem impossibilitada de um conceito generalizado, mas sim, relacionada com o lugar, tempo e condições em que vive.

Segundo Castoriadis (2000), “as significações não são, evidentemente, o que os indivíduos se representam consciente ou inconscientemente”, mas sim são as formas como os indivíduos são formados socialmente, nas quais eles podem “agir e pensar” de maneira coerente ou convergente, neste sentido a intervenção em grupo poderia estar agindo como instituinte na formação social destes adolescentes.

A relação entre os jovens e os educadores mostrou-se além do processo educativo em si, favorecendo a criação de um espaço para conversarem além das oficinas. Observou-se uma relação de disponibilidade, apoio, solidariedade e afetividade entre os adolescentes e os facilitadores, sendo esta uma condição que contribuiu para que diálogos não possibilitados durante as oficinas acontecessem. A integração demonstrada nos grupos que permaneceram mais tempo juntos foi notória, e contribuiu com o aprendizado. Durante as intervenções se observou ainda o desvelamento de muitas questões que faziam parte da subjetividade de cada um/uma dos(as) adolescentes. Além disto, da dinâmica que se processou na discussão de cada

tema, emergiam pontos de conflito que, embora não planejados *a priori*, foram possíveis de ser abordados.

O que eu achei mais importante no grupo foi o conteúdo em si, a informação, porém se não fosse nosso(a) instrutor, a gente não teria o grupo. (Paula)

Aqui fiz novos amigos, novos colegas, é uma forma que encontrei de trabalhar meu stress familiar, encontrei um amor. (Fernanda)

A palavra vínculo, foi algo que a gente aprendeu aqui. foi também o que manteve o grupo. (Pedro).

Eu aprendi a ser extrovertida. Antes a gente chegava aqui, era tudo calado, a gente não conhecia uns aos outros. Agora a gente chega, só falta quebrar os ossos um do outro. Antes era só tristeza para aprender esses assuntos. Então o que mudou foi a alegria. A gente beija sem maldade, aprendendo e convivendo como diz o ditado. (Maria)

Freire (2000) comenta sobre a dificuldade de articulação entre a seriedade e a afetividade com seus educandos, sugerindo que a afetividade não dificulta a cognoscibilidade, não diminui e nem desvaloriza o papel do educador. O processo educativo deve partir do princípio de alcançar seus objetivos, os quais são centrados no aprender, no domínio técnico, na capacidade científica, mas também de desenvolver nos educadores “o gosto da alegria sem a qual a prática educativa perde o sentido”.

O contexto onde se deram estas inter-relações possibilitou a participação e integração do grupo, permitindo que os adolescentes refletissem sobre suas ações, perguntassem mais e despertassem para se tornarem sujeitos de sua própria saúde. Também possibilitou a reflexão de que a intervenção pode não só modificar o comportamento individual, mas também pode interferir no grupo ao qual o adolescente se encontra inserido. No estudo desenvolvido com adolescentes por Jeolás (2003), também foi observado resultado semelhante.

Antes do projeto, a gente já se conhecia e falava coisas vagas, agora a gente se encontra, vive um na casa do outro, sabe e tem o que conversar. (Carlos)

Depois do encontro, a gente ficou com mais responsabilidade, as pessoas da rua procuram a gente para saber informações, eu ensino e quando o GAPA dar preservativo eu dou e ensino as pessoas como se usa. (Tasso)

Ayres (2000) refere que “o homem é um ser que vive em liberdade, dono da sua vida, portanto, deverá ter oportunidade para discernir o que é melhor pra si”. Por este ângulo a intervenção deve ser assumida como uma oportunidade de reflexão para o adolescente.

Bem! É assim, analisar primeiro quem era o Paulo antes, ou seja, quem era eu antes e depois do projeto, um menino assim, quem sabe, estranho, tímido, quieto demais. Agora conhece o pessoal todo do grupo, sabe!... Lá no teatro, chego todo entusiasmado. A interação do pessoal aqui do projeto é diferente do pessoal lá de fora, que tem os prós e os contras. Essa interação aqui deve-se ao instrutor.

Depois que eu comecei as oficinas, eu mudei. Eu antes tinha medo de falar. Agora não, eu falo. Também leio, eu falo numa boa, eu aprendi muitas coisas, não tenho mais vergonha. (Lea)

Aqui eu encontrei amizade, atualização, realização, nada é mais gratificante que ensinar o que aprendeu, e fiquei mais desinibido, antes eu tinha dificuldade de me apresentar em público. (José)

Diógenes apresenta algumas reflexões acerca do processo de comunicação, no qual a linguagem e a fala são aspectos em foco na atual modernidade.

A palavra não apenas tem a função de estabelecer o diálogo, motivar a comunicação mas, essencialmente, de revelar a própria presença dos indivíduos na esfera das atividades humanas. (DIÓGENES, 1998, p.102)

Os jovens apresentam características que são diferentes entre si. Para Diógenes “O existir socialmente tem como atributo fundamental a capacidade de cada um tornar-se visível”. Os adolescentes poderiam estar se apresentando de formas diferenciadas. O processo de comunicação se dá tanto no silêncio como na fala. Neste sentido, será que a fala interdita pela opressão e/ou pela exclusão está sendo dita nos grupos de oficina?

A postura e atitude de um adolescente chamou atenção no aspecto de não interagir com o grupo no início do processo, comunicando-se apenas com o olhar, que muitas vezes não ia ao encontro dos outros jovens. Seu silêncio e postura aparentava ser seu mecanismo de comunicação com o grupo. Contudo, no desenvolver das oficinas, passou a se interessar pelas atividades desenvolvidas, dialogar com o educador e com colegas. Isto poderia estar revelando que o grupo foi um lugar de escuta e reconstrução da fala interdita deste(a) jovem. Um dos questionamentos emergidos foi até que ponto o planejamento das oficinas teve um olhar para a subjetividade do grupo durante as oficinas? As pessoas são diferentes, mesmo estando em um grupo homogêneo.

Dentre os saberes compartilhados, evidenciou-se que há desinformação acerca da saúde reprodutiva. Os resultados encontrados apontaram para necessidade de mais informação, uma vez que quase metade dos adolescentes acreditava, entre outras coisas, que a gravidez estava relacionada ao orgasmo feminino, ao uso da ducha pós-relação e que a relação em pé diminui o risco de uma gravidez.

Em relação aos métodos contraceptivos, pílula, preservativo e anticoncepcional injetável já eram conhecidos pela maioria dos adolescentes e, após a intervenção, os adolescentes passaram a conhecer mais o DIU, a tabela, o coito interrompido e a vasectomia. *A priori* este dado foi positivo, mas preocupante, quando analisado em relação à saúde reprodutiva como um todo. Por exemplo, o grau de conhecimento no que se refere a assuntos como o ciclo menstrual, o corpo masculino e feminino e o período da ovulação, era pequeno e, mesmo após a intervenção, os resultados mostraram que ainda ficaram muitas lacunas a serem elucidadas sobre estes assuntos. De fato, percebeu-se que estes temas não tiveram uma abordagem clara nem suficiente para as necessidades dos adolescentes e que temas sobre sexualidade, especialmente no aspecto relacionado à reprodução, ainda têm ficado omissos das instituições educacionais e de saúde.

A idade média do início da atividade sexual dos adolescentes estudados foi de 14,6 anos, semelhante ao de um estudo com jovens cubanos. (ALFARO, 2000). Uma pesquisa realizada com adolescentes brasileiros pelo Ministério da Saúde em 1998, encontrou que 61,0% já tinham tido relação sexual e destes 40,2% tiveram antes dos 15 anos. Dos participantes, 41,2% já tinham tido relação sexual, nenhum pretendia engravidar, mas apenas 11,8% usou algum método anticoncepcional, e uma das razões mais apontadas para o não uso foi a relação inesperada. O percentual relatado na América Latina e Caribe sobre o uso de contraceptivo foi de (14,0%). (NIIMI, 2000).

Um estudo com 255 adolescentes revelou que dentre as jovens brasileiras que já tiveram relação sexual, 36,0% ocorreram antes dos 13 anos. (WEISS, 1996). A associação da desinformação com o início precoce da atividade sexual, e o baixo uso de métodos contraceptivos leva à inferência de que as adolescentes estão vulneráveis ao risco de uma gravidez não desejada e/ou programada. Percebe-se a necessidade de não só se conhecer o corpo mas também: se apropriar-se dele, e vivenciar com autonomia e responsabilidade o prazer que lhes é permitido.

Um agravante para a vulnerabilidade de uma gravidez e/ou uma DST refere-se às limitações encontradas nas famílias dos adolescentes no que diz respeito à ausência ou pouco diálogo sobre saúde reprodutiva. Estudos mostram que o conhecimento sobre a saúde reprodutiva não induz à relação sexual precoce nem à gravidez. (WEISS, 1996). A inter-relação familiar, no que se refere à educação sexual, é revelada na fala dos adolescentes como assunto de difícil abordagem.

Aqui a gente aprende sobre DST/aids, drogas, muito mais detalhado, explicado. Mesmo tendo aprendido isso aqui, eu ainda não tenho liberdade pra falar com minha mãe sobre estes assuntos, porque ela é do tipo muito rígida, fala que isso não é coisa pra falar com criança, adolescente. Já tenho toda informação possível não é necessário conversar com ela. (Marcos)

Já em relação a abordagem sobre DST-aids, observou-se que os participantes tinham tanto conhecimento prévio como na cognição final. Entretanto, os dados mostraram que ainda há desinformações básicas e resistências referentes, a prevenção, vias de transmissão, sintomas e tratamento. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Garcia (2000). A doação de sangue ainda não está clara para os adolescentes como forma segura de não “pegar” aids. A fidelidade e a falta de conhecimento sobre o risco de transmissão são fatores influenciáveis para o uso inadequado do preservativo. Resultados preocupantes, pois dúvidas semelhantes também foram encontradas em tese sobre sexualidade com profissionais do PSF, que supostamente participam da instituição de saúde com o papel de contribuir na prevenção das doenças e promoção da saúde. (SILVA, 2004).

As experiências demonstradas no grupo, desvelava que a dinâmica das oficinas poderiam quebrar parte dos silenciamentos existentes não somente no grupo, mas também na família.

No começo minha mãe não queria que eu participasse desse curso, porque eu era muito criança pra saber coisas desses assuntos. Hoje em dia ela quer que eu continue, traga meus irmãos pra conhecer, não quer que eu saia, eu falo com ela sobre isto aqui. (Mara)

O relato da ocorrência de uma gravidez não programada de um adolescente durante o processo de intervenção, não foi compreendido somente como falha do método de prevenção aplicado, mas também, gerou uma série de reflexões e conseqüentes questionamentos sobre o quanto é alta a vulnerabilidade do adolescente, não somente para às DSTs. O contexto em que se dão as inter-relações envolve aspectos da intersubjetividade dos significados culturais relacionados à sexualidade dos indivíduos envolvidos. (PARKER, 2000).

As pessoas têm conceitos e significados formados em sua construção de vida, que estão internalizados e não são mutáveis com apenas uma prática ou discurso Foucault (2001). Existem alguns pressupostos básicos dos quais se precisa lançar mão quando se tem como

proposta a modificação de comportamento. Isto passa, inicialmente, pela questão do querer e, em seguida, pela vivência de determinada situação que possibilite uma sensibilização capaz de motivá-lo a agir e expressar sentimentos sobre o que se lhe apresenta, fortalecendo-o à tomada de decisão. (LOURO, 2001; AYRES, 2000).

Entre os aspectos positivos dos resultados, a possibilidade da intervenção ter sensibilizado os adolescentes para o planejamento de uma gravidez, foi evidenciada em 84,8% dos adolescentes estudados, pois referiram a intenção de usar algum tipo de método na próxima relação, e o método de escolha foi o preservativo (51,0%).

#### **5.4 Determinantes para o uso do preservativo**

O preservativo masculino é um método que já vinha sendo usado como contraceptivo e orientado para prevenção das DSTs. Todavia, com o advento da aids, houve um maior estímulo a sua utilização, sendo a principal estratégia para o sexo mais seguro. No entanto, ainda são muitos os aspectos em discussão que tem dificultado o seu uso sistemático. A tarefa de se compreender os determinantes do uso do preservativo é complexa e multidimensional, pois envolve aspectos que vão desde o fator econômico até fenômenos que estão na subjetividade do ser humano e que muitas vezes não são possíveis de serem compreendidos apenas enfocando o ponto de vista quantitativo.

Quase todos os adolescentes referiram que conheciam o preservativo (95,5%). No entanto, apenas 14,8% faziam uso em todas as relações. O percentual brasileiro referido pelo IBOPE (2003) de uso em todas as relações foi de 11,0%. (PAIVA, 2003).

Pesquisa do IBOPE (2003) mostrou que o percentual de jovens que fizeram uso do preservativo na primeira relação sexual no Brasil foi de 65,0%, quase igual a de países desenvolvidos, como, Inglaterra (68,0%) e maior que o Canadá (58,0%) e Estados Unidos

(51,0%). (PAIVA, 2003). Esse dado sugere que o uso do preservativo vai além do desenvolvimento econômico do país.

A aquisição do preservativo também tem relação com o acesso institucional. Observou-se que existe uma deficiência de comunicação no que se refere ao seu acesso, pelos serviços de saúde: os adolescentes do GC (23,7%) e do GE (9,2%) não sabem onde e como conseguir preservativo. Apesar dos preservativos terem um valor razoavelmente acessível, muitas pessoas de baixo poder aquisitivo, não têm como adquiri-lo, outras não sabem onde encontrar. Os adolescentes referiram estes obstáculos.

Muitas pessoas têm dificuldades de usar a camisinha, elas não usam pela desinformação, é importante o estímulo da família e da amizade. Eu agora ofereço na minha família, aos meus colegas, é legal. (Pedro)

umas não têm acesso, então eu ofereço às pessoas que não têm acesso e às que têm vergonha de comprar. (José)

Agora eu oriento e incentivo os meus colegas sobre os programas que têm o preservativo, muitos não sabem onde encontrar. (Tasso)

Diante de duas situações hipotéticas que envolviam o uso de preservativo em diferentes relacionamentos e que foram dramatizadas por dois adolescentes do sexo masculino e dois do feminino integrantes do grupo desencadeou-se uma discussão acerca do preservativo. Alguns fatores que dificultavam o uso do preservativo foram evidenciados, como o sentimento de invulnerabilidade, a desinformação, a influência dos amigos, as relações de gênero, as drogas, a inexperiência. Estes aspectos também foram encontrados nos estudos realizados por Jeolás (2003) e Paiva (2002) com adolescentes. Algumas falas ratificaram o exposto.

[...]..os adolescentes não usam camisinha, porque eles pensam que não pegam doenças, doença só pega em velho.(Marcos)

[...]...no impulso da relação , o casal termina não usando. (Joana)

[...]...a maioria dos meus amigos não usam, eu posso até usar camisinha, mas depende da relação, depende da outra pessoa!.(Fábio)

[...]...com o envolvimento de drogas, a pessoa quer é o prazer, não usa camisinha.(Tiago)

[...]...adolescentes são inexperientes, pode até usar, mas pode esquecer.(Leticia)

Na opinião dos adolescentes havia mais dificuldades do que estímulos para não usar o preservativo, todavia, alguns fatores positivos foram referidos como influenciadores do seu uso, entre estes, ter participado do grupo de intervenção, a educação familiar, e a negociação na relação.

[...]...usar camisinha é besteira, a maioria não usa, depende do diálogo com a família, da orientação dos pais e da educação sexual.(Pedro)

[...]...uma adolescente virgem, organizada, que tem camisinha em mão ,o que vale é a opinião da garota.(Paulo)

[...]...um casal se casa, vai ter relação, então ,agora, vou usar.(José)

Apesar de muitos trabalhos e campanhas incentivarem o uso do preservativo ainda existem dúvidas que contribuem com o uso incorreto. Em um consenso de estudos de prevenção realizado em São Paulo por Paiva (2002) foi identificado que os jovens continuam sem saber como usá-lo, e um dos aspectos apontados, é que os projetos não disponibilizam de um tempo maior para a prática e adaptação ao uso.

Weeks (2001) faz uma discussão sobre “o sujeito do sexo”, no qual dá ênfase ao corpo e comportamento sexual, como elementos constituintes da sexualidade. Em relação ao ato sexual, esse não se constrói apenas com a informação, também não é estimulado apenas pelo instinto. Para se compreender as atitudes em relação ao corpo e à sexualidade é necessário também compreender o seu contexto específico e temporal que dão origem à importância atribuída à sexualidade. Por este prisma, compreende-se que o comportamento sexual não é

um fenômeno natural, mas sim modelado pelas inter-relações que se constroem culturalmente. (PARKER, 1995).

As abordagens que vêem a sexualidade como resultado de uma construção social defendem a idéia que as culturas fornecem “scripts” (rótulos) diferenciados para enquadrar as experiências sexuais e afetivas (VANCE apud WEEKS, 2001). Os indivíduos apresentam formas de comportamentos que são efetivados com a influência de algumas instituições como: Família, escola, igreja e mídia. o que suscitou a importância do papel das atividades educativas em grupo como possibilidade de serem influenciadoras nesse processo.

Se participou do grupo se cuida galera. Usa camisinha.(Paula)

Se fosse pra eu contar minha história, minha educação sexual, era igual e diferente a de outras pessoas. Eu tinha 6 anos, meu tio sempre me mostrava, isso aqui é natural, não vá pensar besteira disso aqui com a revista de sacanagem, tudo era natural. Minha mãe sempre me alertava sobre certas coisas, por exemplo, doenças, passava alguma coisa no jornal, aí ela me alertava.(Pedro)

### **5.5 Aspectos da construção social da sexualidade**

Este estudo mostrou que os adolescentes ainda preferem os amigos como interlocutores dos assuntos relacionados a sua vida sexual (64,71%). A mãe foi a segunda pessoa referida em 33,8% enquanto o pai e os profissionais de saúde foram muito pouco citados. Jeolás (2003) ratifica esse dado no seu trabalho. Os adolescentes tendem buscar os pares para o compartilhamento de inquietações, confissões e trocas de sentimentos, diminuindo seu silêncio.

As falas dos jovens também reforçam os achados quantitativos. Há uma importante ausência de diálogo sobre sexualidade junto à família, em geral, com especial ênfase no pai. (SOUSA, 1999). Barros (2001) discute que a relação da família de forma hierarquizada ainda predomina na sociedade brasileira em geral, dificultando o diálogo.

Falar sobre sexualidade, com meus pais, não! Porque eu nunca conversei com eles, mas sim, com meus amigos, com certeza. No primeiro dia de oficina, eu já tinha informações, no terceiro dia eu já estava falando sobre o que acontecia aqui. (Lea)

O pai não foi citado por nenhum dos adolescentes como participante da educação sexual, ratificando os achados quantitativos. Isto leva a inferir a pouca significação e a ausência da figura paterna nas relações com os filhos no processo adollescere. Dado também referido por Hernandez (2000) e Sousa (1999). Sousa (1999) relata ainda no seu estudo, segundo a fala de um jovem, mesmo o pai sendo informado, este, tem assumido papel ausente na orientação dos filhos.

A mãe foi referida como membro importante da família na tarefa de educadora, dado também encontrado por (SILVA, 1998; SOUSA, 1999). A mãe ainda é tida como a base da família, é procurada para o diálogo com seus filhos tanto em questões a cerca da sexualidade como também sobre DST-aids. Mesmo apresentando algumas limitações no relacionamento e com baixo grau de instrução, vem desempenhando o seu papel educacional como mãe. Em alguns relatos pôde-se observar sua participação na dinâmica familiar.

Bem eu nunca deixei de dialogar sobre os assuntos das oficinas com minha mãe. Eu já tinha ouvido falar de sexualidade com ela, eu sempre tive esse diálogo, tudo o que acontecia aqui eu contava pra ela, o meu diálogo com ela melhorou, eu não estava entendendo, ela me informava, foi muito, melhor. (Maria)

Algumas famílias destes adolescentes acreditam que o papel de prover a sua educação sexual seria da escola ou de cursos específicos. Outras não perceberam este projeto de intervenção como uma atividade educativa e, o mais preocupante, é que dificultam a participação do filho ou filha no projeto por não ser o mesmo remunerado.

Eu aprendi a me controlar mais, os pais não passam estes assuntos pra gente, deixam que a escola ensine. Porém a relação com minha família melhorou, ela apóia a minha participação aqui, tem uma tia que pensa que devemos ter fé para as coisas não acontecerem, mas agora acredita que a informação é importante, estamos tentando infiltrar este projeto junto à igreja com ela. (Pedro)

As oficinas ajudaram a trabalhar este tema lá fora, conversei com minha tia, meus amigos, colegas, porém com minha mãe eu não tenho diálogo. Ela só pensa em dinheiro, só ver lucro na frente, e agente nem precisa tanto desse dinheiro que ela queria que tivesse aqui, ela não compreende, dificulta, minha vinda para o projeto. (Fernanda)

Estes dados levam a refletir que há uma necessidade de rever os papéis desenvolvidos por cada membro da família. A (co) participação do homem no processo de educação, como um todo, precisa ser repensada visto que a mulher continua assumindo tarefas que deveriam ser compartilhadas. Ridenti (2003) corrobora essa idéia, o estímulo da participação masculina na educação de seus filhos poderia diminuir as desigualdades homem-mulher, estabelecendo uma relação mais igualitária, assumir o papel na dinâmica familiar, seria um aspecto interessante a se considerar. Na prática, as mulheres continuam sendo as responsáveis pela procriação e pela esfera da reprodução doméstica além de assumir no mundo moderno o papel de provedora do lar, isso tem representado ao contrário do que se possa pensar, não uma emancipação feminina, mas sobretudo uma sobrecarga de trabalho. (VAITSMAN, 2001).

Quanto à percepção dos adolescentes estudados sobre sexualidade, observou-se que a intervenção resultou em pouca mudança: 32,4% ainda percebe a sexualidade como relacionada apenas aos órgãos sexuais. Aumentaram o conhecimento sobre orgasmo, todavia, 30,8% acredita que o orgasmo somente ocorre com o sexo oposto, este dado apontou um

resultado relevante em relação a valores construídos pelo sexo feminino, haja vista, que as adolescentes do GC eram a maioria que corroborava esta percepção, no entanto, não houve diferença estatística entre os sexos no GE. Entre os adolescentes ainda há em grande parte (57,4%) a opinião que a mulher não pode ter orgasmo antes do que o homem. Isto poderia estar refletindo que os temas abordados na intervenção não se aprofundaram adequadamente nestas questões. Por outro lado, poderia estar traduzindo a construção das identidades sociais e seus comportamentos. Parker (2000) discute a sexualidade como uma construção sócio-cultural e Louro (2001) entende a sexualidade indo além do aspecto dado pela natureza, sendo influenciada por linguagens, rituais, fantasias, crenças e simbologias que foram e são modeladas por processos culturais e temporais.

Quanto às relações de gênero Louro (2001, p.21) refere que:” Para que se compreenda os lugares e as relações de homens e mulheres numa sociedade importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente construiu sobre os sexos”.

O sexo feminino representou a maioria dos adolescentes estudados, fato também evidenciado no estudo de García (2000) mas não encontrado nos estudos de Barros (2001), Jeolás (2003) e Alfaro (2000). A maior participação de jovens do sexo feminino nesta intervenção foi entendida como um fator positivo, haja vista sua alta vulnerabilidade às DSTs e à aids. Na faixa-etária de 12 a 19 anos tem se registrado o maior percentual de DSTs nas adolescentes Brasil (2002), e também a inversão da proporção de casos de homens para mulheres (BRASIL, 2002a).

Entretanto, a menor participação do sexo masculino nesta intervenção promoveu algumas reflexões, entre elas, os trabalhos realizados não tiveram um planejamento que levasse em consideração especificidades de gênero e mecanismos capazes de garantir a participação efetiva dos adolescentes do sexo masculino. Isto poderia também está corroborando, o quanto a mulher é responsabilizada pelo que se refere a cuidar, sendo

portanto a tarefa de trazer os elementos necessários para este, concentrados nela. Também ainda aponta a necessidade de um (re)olhar para o adolescente masculino no que se refere a saúde-doença-cuidado.

Gamboa (2000) refere que sob o olhar da sexologia, a sexualidade tem três componentes: O primeiro seria o espiritual, que é constituído pelo conhecimento, aprendizado, crenças e valores. Um segundo seria o afetivo, construído pelos afetos e sentimentos, os quais recebem influências de significados culturais como a questão da agressividade, da força e do domínio, condições estas que vêm se perpetuando no sexo masculino. O terceiro componente seria o erótico, o qual tem sido mais evidenciado no sexo feminino, devido à valorização dada ao corpo e a beleza. Alguns destes aspectos foram evidenciados nas expressões dos adolescentes.

O que pode mudar entre o homem e a mulher está na base, é na forma de dialogar a forma de falar de uma mulher é diferente, o homem já chega assim, tracei uma, sei que é vulgar, mas é assim. A mulher não, é virgem, é mais bonita. (Carlos)

Neste aspecto, Louro (2001) discute que as imposições de saúde, beleza, juventude, vigor e força, são determinadas por critérios morais e estéticos estabelecidos culturalmente em diversas culturas e de forma diferenciada para os corpos femininos e masculinos.

Já Parker (2001) refere que os *scripts* (roteiros) masculinos e femininos são parâmetros estabelecidos socialmente e que orientam a maneira do homem e da mulher ser no “agir” e no “pensar”, aparecem em comunidades diferentes, e orientam a estrutura e possibilidades da interação sexual de maneiras específicas

A postura e algumas características da mulher ser ou estar virgem, solta, bela e pura foram aspectos considerados importantes para que os adolescentes do sexo masculino estabelecessem o tipo de relação com a mesma. Aspecto também encontrado no estudo de Jeolás (2003) e Hernandez (2000). Louro apud Weeks (2001) compartilha da opinião que a “a sexualidade tem tanto a ver com as palavras, as imagens, o ritual e a fantasia como com o corpo”.

Em uma discussão sobre o uso do preservativo alguns adolescentes ratifica esta idéia.

[...].. Sobre menina solta, têm pai que passa a mão na cabeça do filho e diz : “pode levar pra casa”. Eu sempre levava a sério o que minha mãe falava, cuidado com as doenças, porém os valores sexuais são diferentes para as mulheres.(Pedro)

Os adolescentes posicionaram-se apresentando como ponto de vista, que a responsabilidade na relação é da mulher e não do casal. O uso do preservativo, também é visto como responsabilidade da mulher, especialmente quando ela é virgem. Neste aspecto, Louro (2001) reconhece que as diferenças corporais estão imbricadas em um processo de relação de poder, “o reconhecimento do outro, daquele ou daquela que não partilha dos atributos que possuímos, é feito a partir do lugar social que ocupamos”. Este fato traduz o significado construído culturalmente da sexualidade de forma diferenciada para o homem e para a mulher.

Os dois adolescentes da relação é que decidem usar a camisinha, mas a responsabilidade é da mulher. (Tasso)

Quem decide quem vai usar a camisinha não é só um, são os dois, mas a mulher é quem decide. (Mara)

Mesmo com a emancipação da mulher e sua participação nos serviços de saúde, ainda há alguns preconceitos absorvidos culturalmente que passam pela condição de gênero e que interfere em algumas oportunidades e tomadas de decisão da mulher. Em algumas expressões, tanto dos jovens do sex masculino, como feminino, foi possível perceber estes aspectos.

As pessoas têm vergonha de pedir preservativo, principalmente as mulheres, elas tem mais vergonha de ir ao posto e quando tem oportunidade de adquirir, ou não pegam ou deixam para pedir quando todo mundo sai.(Tasso)

As mulheres não participam de atividades como esta porque as mães não deixam vir, então deixam de aprender.(Fernanda)

Por este ângulo, as oficinas poderiam estar proporcionando o que Louro (1999) refere de “recolocar o debate no campo social”, pois as relações se reproduzem nas condições de acesso aos recursos transformadores das desigualdades entre os sujeitos.

Contrapondo com os significados observados referentes à sexualidade feminina, os adolescentes entendem o sexo como dominação de força e poder. Os adolescentes do sexo masculino se posicionaram defendendo a idéia de que o ato sexual deve ser ensinado pelo homem numa relação. Em uma avaliação de programas de prevenção, Paiva (2002) também encontrou a preocupação dos garotos pelo sexo. As adolescentes pouco se posicionaram sobre a sexualidade, apresentaram durante a discussão uma postura de timidez, enquanto, o poder da fala era exercido pelo sexo masculino. Gamboa (2000) comenta que a mulher necessita exercitar a fala com autonomia, visto ser esta mais de dominação masculina. Este fato corrobora o pensamento sobre o domínio masculino historicamente enraizado e discutido por Bourdieu (1995) e Foucault (2001).

Segundo Freire (2000) existe uma grande incompatibilidade entre o mundo humano da fala, da percepção e da ação. Fato este, que pôde ser observado neste estudo. Os participantes, de uma forma geral, não atribuíram a convivência com o parceiro como condição necessária

para terem relações sexuais. Se a oportunidade aparece, o sexo pode ocorrer, mesmo sem haver um relacionamento anterior. Os adolescentes enfatizaram que este comportamento é mais freqüente no homem. Quase a totalidade dos adolescentes era solteira e quase metade já tinha tido relação sexual, no entanto afirmam que é necessário uma relação mais sólida como pré-requisito para se ter atividade sexual. O casamento foi a situação mais citada. Parker (1995) discute este aspecto enfocando como as diferentes formas de comportamentos sexuais podem contrastar com as formas de expressão verbal do comportamento ideal. As pessoas podem assumir verbal e publicamente um tipo de relação e na prática vivenciar outra forma. Este autor sugere a importância de se trabalhar com os conceitos e significados da cultura sexual para se refletir numa verdadeira mudança comportamental.

Algumas assertivas do questionário não eram direcionadas ao grau de conhecimento, mas sim de comportamento. Entre elas dois pontos se destacaram: carícias indesejadas e uso de drogas. O percentual de adolescentes que referiram terem vivenciado carícias íntimas indesejadas foi de 23,8% no GC e 38,5% no GE e os que referiram relações forçadas foi de 7,2% e 3,4% no GC e no GE respectivamente, e os maiores percentuais referidos concentraram-se no sexo masculino. Não era intenção do estudo aprofundar a pesquisa neste problema, no entanto este achado suscita reflexão do quanto estes adolescentes podem está vivenciando sentimentos silenciosos que podem provocar seqüelas não só no corpo, mas também, no emocional, interferindo na sua sexualidade. A discussão sobre violência sexual tem recebido atenção, principalmente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Todavia, ainda é um assunto pouco explorado. (PAIVA, 2002).

Em relação às drogas, a intervenção identificou que há consumo de drogas nesta população. Nestes usuários a vulnerabilidade é maior não só para a DST-aids, mas também para agravos em geral que fazem parte da violência estrutural. Sousa (1999) compartilha este

dado, referindo que os jovens da periferia estão mais vulneráveis a violência e as drogas, e, estes problemas pouco estão tendo apoio no sistema educacional.

O espaço de reflexão proporcionado e a afetividade construída entre o grupo e os educadores foram pontos essenciais para que se estabelecesse uma relação em que os assuntos referidos, drogas e carícias indesejáveis pudessem também ser trabalhados. Segundo Freire (2000), a afetividade é um aspecto importante numa relação educador-educando.

Dentre as limitações observadas no projeto, os adolescentes referiram o pouco tempo e a descontinuidade da intervenção, para incorporarem posturas e atitudes. O questionário não incluiu a escolaridade dos adolescentes, nem envolvimento da família nas intervenções, a extensão do questionário e a sua formulação poderia ser mais clara.

## 6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estudo evidenciou a alta vulnerabilidade à infecção do HIV nos jovens participantes da intervenção, tanto no âmbito individual como no social e institucional.

O compartilhamento de saberes e a participação ativa com questionamentos e reflexões sobre significados e posturas possibilitaram um processo de transformação da sua condição social, mesmo que ainda com limitações enquanto partícipes deste processo.

A afetividade e a interação do educador(a) com o grupo foram pontos fundamentais para o desenvolvimento da intervenção.

Percebeu-se a necessidade de uma reestruturação dos serviços de saúde em relação as formas de se fazer prevenção, pois a visão dos adolescentes frente a estes serviços ainda é predominantemente curativa, o que limita a procura destes pelos jovens.

O processo de sensibilização e educação preventiva deveriam ser realizados em faixa etária mais baixa, pois os adolescentes são uma população vulnerável, estão iniciando a relação sexual precocemente e trazem consigo uma construção social que necessita de tempo e motivação para absorver um processo que requer transformação de hábito, de identidade e significados de suas ações.

É necessário viabilizar meios para inclusão da família, articulando estratégias para sensibilizar e captar o pai e o adolescente do sexo masculino na participação de grupos de prevenção às DST/aids. Esta população necessita de oportunidades de caráter educativo que possibilitem não somente o cuidado do outro, mas também o cuidado de si próprio.

Orientar apenas o indivíduo que retornará sozinho ao seu ambiente social, com informações que não são compartilhadas com o seu contexto familiar e coletivo, é complexo. Há necessidade de um (re)olhar para os significados que estão na base da coletividade.

Diante do crescimento dos casos de DSTs e aids, não dá para priorizar estas doenças e deixar de abordar a sexualidade de forma menos importante. As intervenções com adolescentes devem ser programadas de forma reflexiva, contemplando a sexualidade, a saúde reprodutiva, gênero e drogas junto a suas diversidades no âmbito da intersubjetividade individual e coletiva.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGHA, S. A quase-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-saharan. *International Family Planning Perspectives*, v. 28, n. 2, p.113-118, jun. 2002

ALFARO, A. C. ROCHE, R. C., GUTIÉRREZ, P.M., ABREU, J.F., SOSA, D. P. SIDA, adolescência y riesgos. *Revista Cubana Gen. Integr.*, v.16, n.3, p.253-60, 2000.

ALMEIDA, M. C. C., AQUINO, E. M. L., GAFFIKIN, L. et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev. Saúde pública.*, v. 37, n 5, p. 566-575, out 2003

ARAÚJO, M. F. M., ALMEIDA, M. I., SILVA, R.M., ESPÍRITO SANTO, M. J., FERNANDES, A. F. C. *Port Folio*. Fortaleza, 1998. p 28

AYRES, J. R. C. M. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: PINTO, T.; TELLES, I. S.(Org.). *AIDS e escola*. São Paulo: Cortez; Recife: UNICEF, 2000. p 24.

\_\_\_\_\_. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: SEMINÁRIO PREVENÇÃO À AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES NA TERCEIRA DÉCADA, 2002, Rio de Janeiro. *Notas sobre...* Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p 12-19.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. editoração eletrônica. São Paulo: Casa da edição, 1996.

BARROS, T. BARRETO, D., PÉREZ, F. SANTANDER, R. YÉPEZ, E., ABAD-FRANCH, F., AGUILAR, M. Um modelo de prevención primária de lãs enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panam. Salud Publica*, v.10, n. 2, p 86-94. ago. 2001 .

BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.(Org.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. BRASIL. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Parâmetros curriculares nacionais temas transversais. Brasília, 1998. 436p

BRASIL. Ministério da Saúde. Adolescência cuca legal. Natal, 2000b.

\_\_\_\_\_. A saúde de adolescentes jovens. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de DST/aids. Disponível em : <[www.aids.gov.br/prevenção/políticas.htm](http://www.aids.gov.br/prevenção/políticas.htm)>. Acesso em: 8 ago. 2002a.

\_\_\_\_\_. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_. Projeto AJUDE-BRASIL: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados Pela CN-DST/AIDS. Brasília, DF, 2001

\_\_\_\_\_. Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 2000b.

CASTORIADIS, C. A Instituição imaginária da sociedade. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000

CEARÁ. Boletim epidemiológico AIDS. Fortaleza, 2002.

COSTA, M. C. LOPES, C. P. A., SOUZA, R. P. PATEL, B. N. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 77, supl. 2, p. 217-224, 2001.

DEMO, P. Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo. 6. ed. São Paulo: Autores Associados, 1999.

- DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994
- DIÓGENES, G. Cartografias da cultura e da violência: gangues, galeras e o movimento Hip Hop. São Paulo: Annoblume; Fortaleza: Secretaria da cultura e desporto, 1998. 246 p.
- FONSECA, M. G. BASTOS, F. I., DERRIÇO, M., ANDRADE, C. L. T., TRAVASSOS, C. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal 1986 à 1999. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.11, n 3, p 77-87, jul./set. 2000.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade: a vontade do saber. Rio de Janeiro: Graal, 2001. v.1.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- GAMBOA, L. M. M. El componente erótico, afetivo y espiritual: segun el modelo de intervención global en sexologia de M. P. Ross. Adolescência y Salud, v. 2, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.binass.sa.br/revistas/ays/2nz/10072.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2004.
- GARCIA, C. F.; QUILIS, R. M.; SAMPEDRO, C. R. PÉREZ, P., CATALÁN, J. C., GIRONÉS, J.M., GIMENEZ, S. A., DOLZ, S. T. Câmbios en lãs actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por HIV tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. Madrid Revista Espa. Salud Publica, v. 74, n. 2, mar./abr. 2000
- HERNANDEZ, H. R. Conocimientos sobre sexualidade humana en jovens de 18-20 años de edad de ambos os sexos que trabajan: um estudo desde la perspectiva de los procesos de socialización. Adolescência y Salud, v. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.binass.sa.Br/revistas/ays/2nz/10072.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2004.
- HOYOS, R. C. SIERRA; A. V., SAN MARTÍN, A. H. Fuentes de información y su relación con el grado de conocimitos sobre el SIDA en adolescentes de México. Revista de Saúde

Pública=Journal of Public Health, v. 31, n. 4, p 351-359, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah>>. Acesso em: 20 ago. 2002.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 21, p.1-14, 2003.

LOURO, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autentica, 2001.176 p.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 179 p.

MAGNANI, Impact of an integrated adolescent reproductive health program inBrasil. *Studies in Family Planning*, 2001.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. *AIDS in the world*. Cambridge: HARVARD University Press, 1992.

MAX SUGAR, M. D. *Adolescência atípica e sexualidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MAYER, D. E. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

NIIMI, R. Apresentação do livro *AIDS e escola*. In: PINTO, T.; TELLES, I. S. (Org.). *AIDS e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS*. São Paulo: Cortez; Recife: UNICEF, 2000

NOVAES, R. R. Juventude e participação social apontamentos sobre a reinvenção da política. In: ABRAMO, H. W.; FREITAS, M. V.; SPOSITO, M. P. (Org.). *Juventude e debate*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p 134.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia*, v 13, p 1-17, 2002.

PAIVA, V.; VENTURINE, G.; FRANÇA JR, I. L. Uso do preservativo: Pesquisa Nacional MS/IBOPE 2003. Disponível em: <[www.aids.gov.br/final/biblioteca/Ibope](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/Ibope)>2003>. Acesso em: 1 set. 2003.

PARKER, R. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, G. L.. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001

PARKER, R. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. 1. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. 400p.

PARKER, R.; HERDT, G.; CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; MONTEIRO, S. *AIDS: Pesquisa social e educação*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p 17-45..

PASSARELLI, C. A. F. Notas sobre o seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década. In: SEMINÁRIO PREVENÇÃO À AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES NA TERCEIRA DÉCADA, 2002, Rio de Janeiro. Notas sobre... Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p.7-11.

PINTO, T.; TELLES, I. S. *AIDS e escola*. São Paulo: Cortez; Recife: UNICEF-2000.

REY, F. L. G. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson, 2002

RIDENTI, S. G. V. A desigualdade de gênero nas relações parentais: o exemplo da custódia dos filhos. Disponível em: <<http://www.ufpe.br.papai>>. Acesso em: 10 maio 2003.

RUA, M. G.; ABRAMOVAY, M. Avaliação das ações de prevenção as DST-AIDS e uso indevido de drogas nas escolas de ensino médio em capitais Brasileiras. Brasília, DF: UNESCO, 2001.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. Adolescência prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. 462 p.

SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. Adolescentes, jovens e AIDS no Brasil. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento do Ministério da Saúde. Ministério Da Saúde Brasília, DF, 1999. Disponível em: < [http:// www. Aids. Gov. Br/ adolescentes.htm](http://www.Aids.Gov.Br/adolescentes.htm). acessado em 26/08/2001.

SILVA, A. C. do E. S. O programa saúde da família na prevenção de situações de complexidade: o exemplo da AIDS. 2004. 216 f. Dissertação (Mestrado)- Departamento Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

SILVA, A. M. R. Sexualidade na adolescência: implicações para a prevenção da infecção pelo HIV/AIDS. 1998. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

SILVA, M. R. de F. Subjetividade e arte de viver o programa de saúde da família: o pensar e o agir dos médicos (as) e enfermeiros (as) a partir de sua prática. 2001. 87 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2001.

SOUSA, J. T. P. de. Reinvenções da utopia: a militância política de jovens nos anos 90. São Paulo: Hacker ,1999.

UNAIDS/WHO. Resource epidemiology. 2003. Disponível em: <[www.UNAIDS.org/UNAIDS/EM/resources/epidemiology.asp](http://www.UNAIDS.org/UNAIDS/EM/resources/epidemiology.asp)>. Acesso em: 22 abr. 2004.

UNICEF. Relatório da situação da adolescência brasileira. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. A voz dos adolescentes. Brasília, 2002a.

VAITSMAN, J. Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea.  
MURARO, R. M.; BÜPPIM, A. B. (Org.). Mulher, gênero e sociedades. Rio de Janeiro:  
Relume-Dumará-FAPE-RJ, 2001

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma  
introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, N. F. C.; SCHERLOCK, M. S. Educação em saúde tendo os adolescentes como  
agentes multiplicadores alcances e limites. Revista Nursing, ano 2, 1999.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. O corpo educado: pedagogias da  
sexualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001.

WEISS, E.; WHELAN, D.; GUPTA, G. R. Vulnerability and opportunity: adolescents and  
HIV/AIDS in the developing world. Washington DC: The International Center for Research on  
Women, 1996.

# **ANEXO**

**ANEXO A – Saúde sexual e reprodutiva na adolescência**  
**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA**

1. Centro da Cidadania: _____	<i>Centro</i> _____
2. Turno: 1.( )Manhã 2.( )Tarde 3.( )Noite	<i>Turno</i> _____
3. Sexo: 1.( ) Masculino 2.( ) Feminino	<i>Sexo</i> _____
4. Idade: _____ (em anos)	<i>Idade</i> _____
5. Naturalidade (nasceu em qual cidade): _____	<i>Natural</i> _____
6. Há quantos anos mora em Fortaleza: _____ anos	<i>Tmora</i> _____
7. Estado civil: 1.( ) Solteiro(a) 2.( ) Casado/companheiro 3.( ) Desquitado/divorciado 4.( ) outro _____	<i>EstCiv</i> _____ <i>EstCivE</i> _____
8. Você mora com: (pode responder até duas opções) 1.( ) País 2.( ) Esposo(a)/companheiro(a) 3.( ) Outros familiares 4.( ) Amigos 5.( ) Sozinho 6.( ) Outro: especifique _____	<i>VMora</i> _____ <i>VmoraE</i> _____
9. Seus pais vivem juntos: 1.( ) Sim, e se dão bem 2.( ) Sim, mas não se dão bem 3.( ) Não 4.( ) Mãe falecida 5.( ) Pai falecido 6.( ) Ambos falecidos	<i>SCPais</i> _____
10. Qual a sua religião: 1.( ) Não tenho religião 2.( ) Católica 3.( ) Protestante/Evangélico 4.( ) Afro-brasileira 5.( ) Espírita 6.( ) Oriental 7.( ) Judaica 8.( ) Outro: Especifique _____	<i>Religiao</i> _____ <i>ReligiaoE</i> _____
11. Você pratica a sua religião: 1.( ) Sim 2.( ) Não	<i>Pratica</i> _____
12. Você desenvolve alguma atividade além das atividades escolares? 1.( ) Não 2.( ) Trabalho até horas diárias em empresa pública ou privada 3.( ) Trabalho mais de 4 horas em empresa pública ou privada 4.( ) Faço “bicos” 5.( ) Outro: especifique _____	<i>Ativ</i> _____ <i>AtvE</i> _____
13. Alguma dessas atividades é remunerada: 1.( ) Não trabalho 2.( ) Sim 3.( ) Não	<i>Remune</i> _____
14. Qual o grau de escolaridade da sua mãe 1.( ) Não recebeu educação formal 2.( ) 1º Grau incompleto 3.( ) 1º Grau completo 4.( ) 2º Grau incompleto 5.( ) 2º Grau completo 6.( ) Superior incompleto 7.( ) Superior completo 8.( ) Não sei	<i>EscMae</i> _____
15. Qual o grau de escolaridade do seu pai 1.( ) Não recebeu educação formal 2.( ) 1º Grau incompleto 3.( ) 1º Grau completo 4.( ) 2º Grau incompleto 5.( ) 2º Grau completo 6.( ) Superior incompleto 7.( ) Superior completo 8.( ) Não sei	<i>EscPai</i> _____
16. Atualmente seu pai está trabalhando?(marque somente uma opção) 1.( ) Sim, o meu pai trabalha e exerce a seguinte atividade: _____ 2.( ) Não, o meu pai está desempregado 3.( ) Não o meu pai está aposentado, e ao se aposentar exercia a seguinte profissão: _____ 4.( ) Não sei 5.( ) Não tenho pai	<i>PaiTrab</i> _____ <i>AtvPai</i> _____ <i>ExePa</i> _____ <i>i</i>
17. Qual a atividade que a sua mãe exerce?(marque somente uma opção) 1.( ) Minha mãe trabalha para fora e exerce a seguinte atividade: _____ 2.( ) Não, a minha mãe está desempregada 3.( ) Não a minha mãe está aposentada, e ao se aposentar exercia a seguinte profissão: _____ 4.( ) Não sei 5.( ) Não tenho mãe	<i>MaeTrab</i> _____ <i>AtvMae</i> _____ <i>ExeMa</i> _____ <i>e</i>



6.( )Se ela tiver relações em pé 7.( )Se o homem gozar fora da vagina	V24pe _____ V24for _____
25. Nesta pergunta, marque com um <b>X</b> apenas uma resposta. Para uma mulher com ciclo menstrual normal, qual a época mais provável para engravidar? 1.( )Em torno de 7 dias antes do primeiro dia da menstruação      2.( )Durante a menstruação 3.( )Em torno de 14 dias depois do início da menstruação      8.( )Não sei/Não lembro	Dgrav _____
26. Nesta pergunta, marque com um <b>X</b> todas as respostas que se aplicarem. Que maneiras de evitar a gravidez você conhece? 1. Pílulas anticoncepcionais      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 2. Injeções anticoncepcionais      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 3. Coito interrompido(gozar fora)      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 4. Tabela ou calendário      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 5. DIU      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 6. Camisinha      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 7. Ligadura de trompas("estrangular")      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 8. Vasectomia      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 9. Abstinência(Não ter relações sexuais)      1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro 0.( ) Não conheço nenhuma dessas	V26pil _____ V26inj _____ V26coi _____ V26tab _____ V26diu _____ V26Cam _____ V26Lig _____ V26Vas _____ V26Abs _____ V26não _____
27. Se considerar a afirmação verdadeira, marque V; se considera a afirmação falsa, marque F; se não sabe responder, marque N. Para usar a camisinha corretamente na relação sexual deve-se 1.( )Colocá-la antes da penetração 2.( )Colocá-la apenas na hora da ejaculação(gozo) 3.( )Nunca deixar um espaço na ponta 4.( )Usar uma camisinha a cada ejaculação	V37pene _____ V37ejac _____ V37pont _____ V37cami _____
28. As pílulas anticoncepcionais podem tornar as mulheres estéreis (sem poder ter filhos) 1.( )Sim    2.( )Não    8.( )Não sei/Não lembro	V38Est _____
29. Se considerar a afirmação verdadeira, marque V; se considera a afirmação falsa, marque F; se não sabe responder, marque N 1.( )A pessoa pode estar como uma doença transmitida pelo sexo(DST), mesmo que não apresente sintomas 2.( )Se um dos parceiros sexuais é apropriadamente tratado para uma DST, não é necessário que o outro parceiro seja diagnosticado ou tratado 3.( )Se a pessoa com DST não apresenta mais sintomas, então pode interromper o tratamento prescrito pelo médico 4.( )Entre parceiros sexuais, a mesma DST pode aparecer com diferentes sintomas no homem e na mulher. 5.( )A pessoa não pega AIDS/DST se tiver apenas um parceiro. 6.( )A pessoa não pega AIDS/DST se usar a camisinha na maioria das vezes que mantiver relações sexuais.	V29sint _____ V29trat _____ V29dst _____ V29difs _____ V29ump _____ V29cam _____
30. Nesta pergunta, marque com um <b>X</b> todas as respostas que se aplicarem. Quais são as formas comprovadas de transmissão da AIDS 1.( )Beijar a boca de uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS 2.( )Ter relação vaginal, sem camisinha, com uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS 3.( )Ser picado por mosquito que picou uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS 4.( )Compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas que estejam infectadas pelo vírus da AIDS 5.( )Receber transfusão com sangue contaminado pelo vírus da AIDS 6.( )Doar sangue 7.( )Durante a gravidez, da mãe infectada pelo vírus da AIDS para o bebê, através da placenta	V30beij _____ V30vag _____ V30mos _____ V30agu _____ V30sant _____ V30sand _____ V30bebe _____
31. Nesta pergunta, marque com um <b>X</b> apenas uma resposta. Uma pessoa que tem uma doença transmitida pelo sexo(DST) 1.( )Tem mais risco de ter AIDS      2.( )Tem menos risco de ter AIDS 3.( )Tem o mesmo risco de pegar AIDS que qualquer outra pessoa      4.( ) Não sei/Não lembro	V31risco _____

<p>32. Nesta pergunta, marque com um X todas as respostas que se apliquem. Se você descobrisse que estava com uma doença transmitida pelo sexo, o que faria?</p> <p>1.( ) Conversaria com seu pai  2.( ) Conversaria com a sua mãe  3.( ) Conversaria com um(a) amigo(a)  4.( ) Procuraria um posto de saúde  5.( ) Compraria remédios indicados na farmácia  6.( ) Outra atitude(qual?) _____  7.( ) Não tomaria nenhuma atitude  8.( ) Não sei</p>	<p>V32pai _____  V32mae _____  V32ami _____  V32post _____  V32farm _____  V32atitu _____  V32nenh _____  V32nsei _____  Qualati _____</p>
<p>33. Você tem medo de pegar uma doença transmitida pelo sexo (DST)</p> <p>1.( ) Sim, muito      2.( ) Sim, mais ou menos      3.( ) Não      8.( ) Não sei</p>	<p>Medo33 _____</p>
<p>34. Você já teve alguma doença transmitida pelo sexo(DST)</p> <p>1.( ) Sim      2.( ) Não      8.( ) Não sei/Não lembro</p>	<p>Tevedst34 _____</p>
<p>35. Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Quando você acha que uma pessoa pode(ou deve) ter relações sexuais com outra?</p> <p>1.( ) Basta que tenham atração      2.( ) Sejam pelo menos bons amigos  3.( ) Quando são namorados      4.( ) Apenas quando são noivos  5.( ) Só depois do casamento      8.( ) Não sei</p>	<p>Bastasex _____</p>
<p>36. Nesta pergunta, marque com um X todas as resposta que se apliquem. Com quem você se sente à vontade para conversar sobre sua vida sexual</p> <p>1.( ) Meu pai      2.( ) Minha mãe      3.( ) outro parente  4.( ) Amigos(as)      5.( ) Namorado(a)      6.( ) Enfermeira do posto de saúde  7.( ) Médico do posto de saúde      8.( ) Professor(a)      9.( ) outros _____</p>	<p>Vonconv _____  VonconvE _____</p>
<p>37. Alguma vez já lhe ocorreu um contato sexual(carícias íntimas) sem que você permitisse ou desejasse?</p> <p>1.( ) Sim      2.( ) Não      8.( ) Não sei/Não lembro</p>	<p>Sexperm _____</p>
<p>38. Você já teve relação sexual alguma vez?</p> <p>1.( ) Sim. Com que idade? _____ anos      2.( ) Não</p>	<p>Tevesex _____  Idrelsex _____</p>
<p>39. Com quem você teve a sua primeira relação sexual?</p> <p>1.( ) Namorado/namorada      2.( ) Noivo/noiva      3.( ) Marido/esposa  4.( ) Amigo(a)      5.( ) outra pessoa(quem?) _____  6.( ) Nunca tive relações sexuais      7.( ) Não sei/Não lembro</p>	<p>Priparc _____  PriparE _____</p>
<p>40. Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Qual foi a emoção mais importante que você sentiu na primeira relação sexual?</p> <p>1.( ) Dor      2.( ) Prazer      3.( ) Culpa      4.( ) Medo      5.( ) Amor  6.( ) Vergonha      7.( ) Felicidade      8.( ) Nunca tive relações      9.( ) Não sei/não lembro</p>	<p>Emoção _____</p>
<p>41. Você (ou a outra pessoa) utilizou algum método para evitar a gravidez na primeira relação sexual?</p> <p>1.( ) Sim. Qual _____      2.( ) Não  3.( ) Nunca tive relações sexuais      8.( ) Não sei/Não lembro</p>	<p>Metpri41 _____</p>
<p>42. Você tem intenção de usar um método de evitar a gravidez na próxima relação sexual? (Se ainda não teve relação sexual, responda em relação a sua primeira vez)</p> <p>1.( ) Sim      2.( ) Não      3.( ) Ainda não pensei nisso</p>	<p>Intmet42 _____</p>
<p>43. Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Se a resposta a questão anterior foi sim, qual o meio de evitar a gravidez que você pretende utilizar?</p> <p>0.( ) Espero que a outra pessoa escolha  1.( ) Camisinha      2.( ) Coito interrompido(gozar fora)  3.( ) Tabelainha      4.( ) Pilula  5.( ) DIU      6.( ) Injeção  7.( ) Outro método(qual) _____  8.( ) Nunca tive relações sexuais  9.( ) Não sei</p>	<p>Meiopret _____</p>
<p>44. Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Onde acha que alguém que frequenta este centro pode conseguir o método que deseja para evitar a gravidez?</p> <p>1.( ) Com meu pai      2.( ) Com minha mãe      3.( ) Na farmácia  4.( ) Com outro parente      5.( ) Com amigos(as)      6.( ) No posto de saúde indicado pela escola  7.( ) Em outro posto de saúde      8.( ) Não sei</p>	<p>Ondemet _____</p>

<p>45. Nesta pergunta, marque com um X apenas uma resposta. Na última vez que teve relações sexuais, que maneira de evitar a gravidez você(ou a outra pessoa) utilizou?</p> <p>1.( )Nenhum                      2.( )Camisinha                      3.( )Coito interrompido(gozar fora)  4.( )Tabelinha                      5.( )Pílula                      6.( )Outro método _____  7.( )Nunca tive relações sexuais                      8.( )Não sei/não lembro</p>	Metultim ____
46. Nos últimos 6 meses, aproximadamente, quantas vezes você teve relações sexuais? _____	Vezez ____
47. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais? _____	Parcdif ____
<p>48. Você já teve relação sexual forçada (contra a sua vontade)?</p> <p>1.( )Sim, com quem? _____ 2.( )Não</p>	Relforc ____ Queforc ____
<p>49. Esta pergunta deve ser respondida por alunas e alunos (se for aluno responda em relação à sua parceira). Marque com um X apenas uma resposta. Nas relações sexuais nos últimos 6 meses, a pílula foi utilizada como método para evitar a gravidez?</p> <p>1.( )Nunca                      2.( )Em menos da metade das vezes  3.( )Na metade das vezes                      4.( )Em mais da metade das vezes  5.( )Todas as vezes                      6.( )Nunca tive relações sexuais  8.( )Não sei/não lembro</p>	Pilutili ____
<p>50. Esta pergunta deve ser respondida por alunas e alunos (se for aluno responda em relação a seu parceiro). Marque com um X apenas uma resposta. Durante os últimos 6 meses, a camisinha foi utilizada na(s) relação(ões) sexual(is)</p> <p>1.( )Nunca                      2.( )Em menos da metade das vezes  3.( )Na metade das vezes                      4.( )Em mais da metade das vezes  5.( )Todas as vezes                      6.( )Nunca tive relações sexuais  8.( )Não sei/não lembro</p>	Camuso ____
<p>51. Você já teve, alguma vez em sua vida, relacionamento sexual (carícias íntimas, com ou sem penetração) com uma pessoa do mesmo sexo que você?</p> <p>1.( )Nunca tive relações sexuais    2.( ) Sim    3.( )Não    4.( )Não sei</p> <p>Se sim, como é ou foi este relacionamento:</p> <p>1.( )Somente com pessoas do mesmo sexo que eu  2.( )Mais freqüentemente com pessoas de outro sexo e, às vezes, com pessoas do mesmo sexo  3.( )Mais freqüentemente com pessoas do mesmo sexo que eu e, às vezes, com pessoas de outro sexo  4.( )Outra situação. Qual _____</p>	Mesexo ____ Relmsexo _ Qualm ____
<p>52. Nesta pergunta, marque com um X todas as respostas que se apliquem. Se você teve relações sexuais, nos últimos seis meses, e não utilizou nenhum método, porque não o fez?</p> <p>1.( )Não esperava ter relações sexuais quando aconteceu  2.( )Queria engravidar  3.( )A relação não fica tão boa, porque o método atrapalha  4.( )Não sabia como evitar  5.( )Não sabia onde conseguir o método  6.( )Minha religião não permite  7.( )Tive relações mas utilizamos algum método  8.( )Não tive relações sexuais  9.( )Não sei, eu nunca pensei sobre isto</p>	Ponusou ____
<p>53. Você já esteve grávida (se é aluno, já engravidou alguém)?</p> <p>1.( )Sim, _____ vezes  2.( )Não  3.( )Nunca tive relações sexuais  4.( )Não sei</p>	Grávida ____
<p>54. Alguma gravidez foi interrompida</p> <p>1.( )Sim, _____ vezes  2.( )Não  3.( )Nunca estive grávida(ou engravidei alguém)  4.( )Nunca tive relações sexuais  5.( )Não sei</p>	Intergrv ____ Vezezsin ____
<p>55. Qual a freqüência do seu consumo de bebidas alcoólicas</p> <p>1.( ) Nenhuma                      3.( ) 2 a 4 vezes por mês                      5.( ) 4 ou mais vezes por semana  2.( ) Uma ou menos de uma vez por mês                      4.( ) 2 a 3 vezes por semana</p>	Freqalc ____

<p>56. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando está bebendo</p> <p>1. ( ) Nenhuma                      3. ( ) 3 a 4                      5. ( ) 7 a 9  2. ( ) 1 a 2                            4. ( ) 5 a 6                      6. ( ) 10 ou mais</p>	Doses _____
<p>57. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Frequência _____
<p>58. Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado:</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Não para _____
<p>59. Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas:</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Deixa fazer _____
<p>60. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebida:</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Dose man _____
<p>61. Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber:</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Culpado _____
<p>62. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo:</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Lembra _____
<p>63. Você foi criticado pelo resultado das suas bebidas:</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Criticado _____
<p>64. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebidas ou sugeriu a você parar de beber :</p> <p>1. ( ) Nunca                            4. ( ) Semanalmente  2. ( ) Menos que mensalmente    5. ( ) Diariamente ou quase diariamente  3. ( ) Mensalmente</p>	Parente _____
<p>65. Você já experimentou solvente orgânico (lança-perfume, loló, colá, benzina, gasolina, acetona, esmalte, tinner, água raz, clorofórmio) sem orientação profissional?</p> <p>1. ( ) Não    2. ( ) Sim                      3. ( ) Não Sei</p>	Solvente _____
<p>66. Você usou solvente orgânico (lança-perfume, loló, cola, benzina, gasolina, acetona, esmalte, tinner, água raz, clorofórmio) nos últimos 12 meses?</p> <p>1. ( ) Não                      2. ( ) Sim                      3. ( ) Não Sei</p>	Solvente 12m _____



<p>2.( )Injetando  3.( )Cheirando  4.( )Outros  5.( )Não sei</p>	
<p>77. Você já respondeu este questionário anteriormente?  1.( ) Sim 2.( ) Não</p>	<i>Respondeu</i> _____
<p>78. Quais destes temas você viu nestas intervenções? Coloque S se sim e N se não.  1.( ) Duas a quatro 2.( ) Quatro a seis 3.( ) Mais de seis.</p>	<i>Intervpart</i> _____
<p>79. Quais destes temas você viu nestas intervenções? Coloque S se sim e N se não.  1.( ) Sexualidade e adolescência(corpo, desejos e 1º transa)  2.( ) Sexualidade e gênero  3.( ) Saúde sexual e reprodutiva (Métodos contraceptivos e gravidez)  4.( ) DST  5.( ) AIDS(Histórico da AIDS, transmissão e sistema imunológico)  6.( ) AIDS(Testes para HIV e contaminação )  7.( ) AIDS(estágios da infecção e sexo seguro)  8.( ) Drogas</p>	<i>Temasinter</i> _____
<p>80. Em relação à pergunta 79, qual foi o ponto mais favorável para sua aprendizagem?  1.( ) O Método 2.( ) O Assunto 3.( ) O Facilitador 4.( ) O Grupo. 5.( ) Outros</p>	<i>Pergunfavor</i> _____
<p>81. Quais as principais razões (Até 2) que motivaram sua permanência no grupo?  1.( ) Interesse Pelo Assunto  2.( ) O Entrosamento Com O Grupo  3.( ) Os Brindes  4.( ) Ser Multiplicador  5.( ) O Facilitador  6.( ) O Teatro  7.( ) outras-----</p>	<i>razoespermo</i> _____
<p>82. Você participa do grupo de teatro?  1.( ) Sim 2.( ) Não</p>	<i>Parteatro</i> _____
<p>83. O Que você classifica como ponto negativo nas intervenções?  1.( ) Pouco Tempo  2.( ) O Horário  3.( ) Dinâmicas Utilizadas  4.( ) Relação Com O facilitador  5.( ) O Grupo  6.( ) Local Inadequado Para Atividades  7.( ) Outros-----</p>	<i>classinter</i> _____
<p>84. Você acredita que com estas intervenções seu comportamento mudou?  1.( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não sei</p>	<i>compmodou</i> _____

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

## **ARTIGO**

Este Artigo faz parte da dissertação intitulada “Avaliação de uma intervenção educacional para prevenção das DSTs-AIDS com adolescentes e adultos jovens que freqüentam os centros Sociais Urbanos em Fortaleza-CE”. Desenvolvida no curso de Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia da Universidade Federal do Ceará sob orientação da Prof<sup>a</sup> Lígia Regina S. Kerr-Pontes (2004). Será apresentado para Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

**Avaliação de Intervenção para Prevenção das Dst/Aids entre Adolescentes e adultos jovens da periferia de Fortaleza (CE)**

**Evaluation of an Educational Intervention for the Prevention of Std/Aids among Adolescents and young adults in the surroundings of Fortaleza-CE**

Kilma W. Lopes  
Departamento de Saúde Comunitária  
Universidade Federal do Ceará  
e-mail: [killopes@iq.com.br](mailto:killopes@iq.com.br)

Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes  
(Autor para correspondência)  
Departamento de Saúde Comunitária  
Universidade Federal do Ceará  
R: Prof Costa Mendes, 1506 – 5º. andar – Rodolfo Teófilo  
CEP: 60. 431-140 – Fortaleza – CE – Brasil  
Phone: 55-85-288-8044 Fax: 55-85-288-8050  
e-mail: [ligia@ufc.br](mailto:ligia@ufc.br)

Rogério Costa Gondim  
Departamento de Saúde Comunitária  
Universidade Federal do Ceará  
[rcgondin@terra.com.br](mailto:rcgondin@terra.com.br)

Helder B. Filho  
Departamento de Saúde Comunitária  
Universidade Federal do Ceará  
e-mail: [helder\\_bezerra@yahoo.com.br](mailto:helder_bezerra@yahoo.com.br)

Augusto Tadeu B. Sousa  
Departamento de Saúde Comunitária  
Universidade Federal do Ceará  
e-mail: [augustotadeu@yahoo.com.Br](mailto:augustotadeu@yahoo.com.Br)

Polliana L. M. Moreira  
Departamento de Saúde Comunitária  
Universidade Federal do Ceará  
e-mail: [pollylemos@yahoo.com.Br](mailto:pollylemos@yahoo.com.Br)

O projeto GAPA teve financiamento do Agro Ação Alemã.

## Resumo

**Objetivo.** Avaliar a efetividade de um projeto de intervenção educacional em DST-aids com adolescentes e adultos jovens. **Metodologia.** Realizou-se um estudo de intervenção no período de outubro de 2001 a outubro de 2002 em Centros Sociais Urbanos da periferia de Fortaleza-CE. Foram formados um grupo controle (GC=244) e um experimental (GE=68), sendo o último submetido a intervenções. Ambos responderam a um questionário semi-estruturado. Utilizou-se o teste de Fisher para comparar proporções. Empregou-se, ainda, a metodologia qualitativa, utilizando-se diário de campo e grupos focais. A análise foi construtivo interpretativa, utilizando-se conceitos da área de intervenção e HIV/AIDS. **Resultados.** Menos de 1/3 de ambos os grupos referiram procurar o serviço público de saúde para falar sobre sexualidade e DST. Menos da metade (GC=43,2%; CE=41,2%;  $p=0,76$ ) dos participantes iniciou a vida sexual e somente uma pequena proporção utilizou sempre o preservativo. (GC=22,3%; GE=14,0%;  $p=0,58$ ). Entretanto, aumentou significativamente o percentual dos que pretendem usar um método contraceptivo na próxima relação ( $p=0,003$ ) e o conhecimento sobre DST-aids ( $p<0,05$ ). A análise qualitativa mostrou o grupo como um espaço de identificação e de desenvolvimento pessoal. **Conclusão.** As vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais dos participantes foram altas. Apesar do crescimento do grupo, percebeu-se a necessidade de incluir a família, principalmente o pai e o adolescente masculino nestas intervenções.

Palavras chaves: Adolescentes; Prevenção; Dst; Aids.

## Abstract

**Aim.** To evaluate the effectiveness of an educational intervention project in STD/AIDS among adolescents and young adults at Urban Social Centers located in the surroundings of Fortaleza-CE. **Methodology.** An intervention study was carried out between October, 2001 and October, 2002. A control group (CG=244) and an experimental group (EG=68) were formed, being the latter submitted to interventions. Both answered a semi-structured questionnaire. The Fisher test was used to compare proportions. Yet the qualitative methodology was employed, by using the field diary and the focal group. A constructive-interpretative analysis was carried out, by using the intervention area concepts and HIV/AIDS. **Results.** Less than 1/3 from both groups have mentioned searching the public health service to talk about sexuality and STD. Less than half (CG = 43,2%; EG = 41,2%;  $p = 0,76$ ) of the participants have started their sexual life and only a small proportion has used condoms (CG = 22,3%; EG = 14,0%;  $p = 0,58$ ). However, the percentage of adolescents who intended to use a contraceptive method in the next intercourse has increased meaningfully ( $p = 0,003$ ) and the awareness of STD-AIDS ( $p < 0,05$ ). The qualitative analysis has shown the group as a space for identification and personal development. **Conclusion.** The participants' individual, social, and institutional vulnerabilities were high. In spite of the group growth, we have realized the need to include the family, mainly the father and the male adolescent in those interventions.

Key words: Adolescents; Prevention; STD; AIDS.

## SUMÁRIO

Resumo  
Abstract

INTRODUÇÃO.....	100
MATERIAL E MÉTODO .....	101
População.....	102
Coleta de Dados.....	102
Análise.....	103
RESULTADOS .....	103
DISCUSSÃO.....	109
Construção de um Novo Saber .....	110
Determinantes para o uso do Preservativo.....	114
Aspectos da construção social da Sexualidade.....	115
REFERÊNCIAS .....	118
ANEXO.....	120

## INTRODUÇÃO

Cerca de 40 milhões de casos são estimados no mundo desde o início da epidemia da aids, e, destes, a maioria se encontra nos países em desenvolvimento, acometendo principalmente indivíduos jovens.<sup>1</sup>

No Brasil, a maior concentração de casos está na faixa-etária de 25 a 34 anos; sendo que a via sexual foi responsável pela transmissão de 58% dos casos. Outro dado preocupante é a inversão da proporção de casos de homens para mulheres na faixa etária de 13-19 anos (0,9/1,0), sendo a relação sexual da adolescente com parceiros mais velhos um dos fatores apontados.<sup>2</sup>

Ayres faz uma reflexão sobre a dimensão social envolvida nesta epidemia, desenvolvendo o conceito de “vulnerabilidade” para situações que determinam maior ou menor fragilidade do indivíduo ao risco da infecção pelo HIV<sup>3</sup>.

Os adolescentes são vistos como grupo de alta vulnerabilidade<sup>4</sup>. Santos<sup>5</sup> relata o crescente número de adolescentes que vêm se infectando pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e faz questionamentos sobre a necessidade de buscar intervenções comportamentais que possibilitem o controle desta infecção.

As intervenções com foco na prevenção das DST/Aids têm evoluído com mudanças de paradigmas, principalmente na década de 1990. Parker<sup>6</sup> menciona que “o foco mudou de comportamento por si só e em si mesmo para os ambientes culturais, onde o comportamento sexual acontece”.

Acredita-se que a prevenção seja o grande desafio para o controle desta epidemia. Todavia, ainda existem muitos questionamentos quanto à eficácia das intervenções como propostas de prevenção.<sup>7</sup>

O Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) é uma ONG situada em Fortaleza-CE. Esta instituição desenvolveu um Projeto de intervenção junto a adolescentes e adultos jovens que freqüentavam Centros Sociais Urbanos (CSUs) localizados na periferia de Fortaleza-CE, onde adolescentes e adultos jovens desenvolvem atividades esportivas ou educativas extracurriculares. Este projeto objetivou diminuir as vulnerabilidades e o risco de contrair o vírus da aids desta população. Diante deste contexto, decidiu-se avaliar a efetividade desta intervenção.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo de intervenção desenvolvido no período de outubro de 2001 a outubro de 2002, em três (CSUs) de Fortaleza-CE. A realização da intervenção ocorreu sob a forma de oficinas, uma vez por semana, sob a orientação de três educadores, sendo locado um educador para cada centro. As oficinas foram programadas para abordar as seguintes temáticas: DST-aids (transmissão, prevenção, tratamento), sexualidade (gênero, mitos e tabus), drogas (efeitos, prevenção e tratamento) e métodos anticoncepcionais (tipos e maneira de usar). Em cada oficina era trabalhado um tema. Foram utilizadas, como meio de abordagem; dramatizações, gincanas, discussão dialógica, músicas, vídeos e filmes.

O presente estudo também utilizou uma abordagem metodológica qualitativa. Durante o processo da pesquisa foram observadas manifestações, atitudes e inter-relações dos sujeitos estudados, aspectos estes que não seriam evidenciados na avaliação da pesquisa quantitativa, porém importantes em um processo de intervenção educacional. De forma que esta última complementou a análise do objeto em estudo.

## **População**

A população de estudo foi constituída de adolescentes e adultos jovens que se inscreveram e responderam um questionário nos três CSUs no período já referido, com idade que variou de 13-23 anos de idade, incluindo ambos os sexos. Todavia, na pesquisa qualitativa participaram apenas os adolescentes que completaram no mínimo sete oficinas, ou seja, aqueles que tinham interesse em ser multiplicadores.

Foram constituídos um grupo controle (GC) e um experimental (GE), compostos, respectivamente, por 244 e 68 participantes. Os adolescentes do GE foram considerados como multiplicadores e analisados sob o interesse quantitativo e qualitativo. Todos os indivíduos de ambos os grupos tiveram, ao final, as mesmas oportunidades de participar de toda as atividades de prevenção.

## **Coleta de Dados**

O instrumento utilizado na pesquisa quantitativa foi um questionário estruturado e auto-aplicativo com questões fechadas e abertas, garantindo-se o anonimato das respostas dadas. As variáveis avaliadas nos questionários foram: características sócio-demográficas, informações acerca do conhecimento e uso de drogas; conhecimento sobre DST-AIDS, sexualidade, saúde reprodutiva, identidade de gênero e sexual e percepção sobre atenção à saúde do adolescente.

Já para abordagem qualitativa foram utilizados o grupo focal e o diário de campo<sup>8</sup>. No diário de campo foram registradas cronologicamente as observações produzidas durante as intervenções. Foram realizados dois grupos focais: no CSU do José Walter e no CSU do Conjunto Ceará. A discussão foi norteada por um roteiro que abordava: percepção da intervenção, determinantes para o uso do preservativo, novas atitudes, com quem eles dialogavam sobre sexualidade e os assuntos debatidos nas oficinas.

## Análise

Os dados quantitativos foram submetidos à análise bivariada empregando-se o teste exato de Fisher e o teste do qui-quadrado de Pearson, para comparação de proporções, e teste t de Student e o teste de Wilcoxon para comparação de médias ou medianas. A análise foi realizada através do Stata 7.0™.

O processo de tratamento dos dados qualitativos foi construtivo-interpretativo.<sup>9,10</sup> Foram construídas 3 categorias temáticas, a partir das falas dos adolescentes, e a interpretação foi fundamentada em referenciais teóricos abordadas por estudiosos na área de intervenção e Aids.<sup>3,6,7,11</sup> As categorias criadas que irão nortear a discussão deste momento do estudo foram: **construção de um novo saber** (constituídos por indicadores relacionados à autonomia e identidade, inter-relações e saberes compartilhados); **determinantes para o uso do preservativo** (construída com aspectos culturais e “scripts” (roteiros) que determinam o uso do preservativo) e **aspectos da construção social da sexualidade** (construída com relatos acerca do papel da família, na construção da sexualidade e percepção dos adolescentes quanto à questão de gênero).

Para realizar esta pesquisa, foi solicitada a concordância dos jovens participantes. Os nomes dos atores sociais da pesquisa são fictícios, resguardando assim sua privacidade.

## RESULTADOS

Participaram do presente estudo 312 adolescentes, dos quais 244 pertenciam ao grupo controle (GC) e 68 ao grupo experimental (GE). A análise dos dados demonstrou que os dois grupos se mostraram semelhantes em quase todas as variáveis sócio-demográficas investigadas  $p > 0,05$ . Ambos os grupos foram compostos, em sua maioria, de indivíduos do sexo feminino (GC=62,6%, GE=56,0%), de 15 a 18 anos (GC=63,9%, GE=61,7%), solteiros

(GC=97,0%, GE=95,6%), com renda familiar menor do que 2,5 salários-mínimos (GC=69,3%, GE=55,7%) e que praticavam alguma religião (GC=70,5%, GE=66,6%), mais frequentemente o catolicismo (GC=60,1%, GE=65,7%), quanto a situação profissional, tinham o pai (GC=58,9%, GE=66,7%) e a mãe (GC=44,3%, GE=45,2%) empregados. (Tabela 1)

Quanto ao grau de escolaridade dos pais, 42% das mães do GC e 59,1% do GE tinham um baixo nível escolar (inferior a 1º grau completo). Quanto à escolaridade do pai, o percentual de adolescentes que a desconheciam foi consideravelmente alto (GC=24,2% e GE=19,1%). Observou-se que, destes, 48% do GC e 81% do GE tinham pais separados. Menos da metade dos adolescentes de ambos os grupos (46,0%) responderam que os pais viviam juntos e que apresentavam bom relacionamento entre si, enquanto 30,3% do GC e GE 38,5% eram separados (Tabela 1).

Os adolescentes referiram um descrédito no modelo de atenção dos serviços de saúde. Mesmo após a intervenção, que aumentou de 23,3% (GC) para 31,8% (GE) ( $p>0,05$ ) a intenção de procurar o serviço público de saúde para falar sobre sexualidade, DST e gravidez, o percentual de adolescentes que procuraria estes serviços ainda é pequeno. A maioria respondeu que não iria, por motivos diversos: tempo de espera prolongado, falta de respeito pelo adolescente, vergonha, falta de medicamento, entre outros. Quando perguntado se iria a um serviço de saúde, caso fosse acometido por uma DST, o percentual aumentou para, 58,2% do GC e 69,1% no GE  $p=0,067$ .

Os dados mostraram certo grau de desconhecimento das questões relacionadas à saúde reprodutiva e não houve diferença significativa entre o GE e o GC ( $p>0,05$ ). Uma parcela considerável dos entrevistados desconhecia o tempo do intervalo menstrual (29,8% no GC e 42,1% GE). Em relação à época provável de engravidar o desconhecimento foi maior: 70,2% no GC e 62,1% no GE não reconheceram o período correto. Porém, houve uma diferença

entre os sexos, há uma tendência de maior conhecimento por parte das meninas em relação ao tempo do intervalo menstrual (GC=70,1%, GE=63,7%;  $p=0,000$ ).

As questões relacionadas à contracepção como pílula e camisinha mostraram ser bastante conhecidos pelos adolescentes de ambos os grupos (GC=95,2%, GE=96,8%;  $p=0,74$ ), (GC=95,3%, GE=95,5%;  $p=1,00$  respectivamente) (Tabela 2 ). Para outros métodos contraceptivos, observou-se que o grupo experimental mostrou um conhecimento significativamente maior: coito interrompido (GC= 62,7%, GE= 80,3%;  $p=0,01$ ), dispositivo intra-uterino-DIU (GC= 71,2%, GE= 92,1%;  $P<0,00$ ) e vasectomia (GC= 66,1%, GE= 86,1%;  $P<0,00$ ). Apesar de ambos os grupos saberem a importância de colocar o preservativo antes da penetração ( $p=0,20$ ), um percentual maior do grupo experimental passou a reconhecer como uso incorreto à colocação da camisinha apenas na ejaculação (GC= 85,1%, GE=96,9%;  $p=0,01$ ) ou não deixar um espaço na ponta do preservativo (GC= 56,3%; GE=70,3%;  $p=0,04$ ) (Tabela 2 ).

Ao serem abordados quanto às situações nas quais uma mulher nunca engravida, o grupo experimental apresentou percentuais significativamente maiores de respostas corretas. Esse maior acerto do GE foi verificado nos seguintes quesitos: se ela não tivesse orgasmo (GC=51,3%,GE=67,2%; $p=0,02$ ); fizesse ducha depois da relação (GC= 48,0%; GE= 70,8%;  $p<0,001$ ) e se tivesse relações em pé (GC=58.9%, GE=80.0%;  $p<0,001$ ) (tabela 2). Embora o percentual de adolescentes tenha aumentado as respostas corretas referindo que a mulher nunca engravida se tivesse relação antes da primeira menstruação (GC= 43,5%; GE=56,1%;  $p=0,07$ ) ou na primeira (GC=62,1%; GE=74,2%;  $p=0,08$ ), se a ejaculação fosse fora (GC= 35,06%; GE=47,76,  $p=0,05$ ) este aumento não foi estatisticamente significante.

Dentre os fatores apontados para não utilização de nenhum método anticoncepcional estava, a ocorrência de relações sexuais inesperadas (GC=87,7%, GE=89,71%;  $p=0,65$ ). Uma parcela dos entrevistados que tiveram relação (GC=18,0%, GE=11,8%;  $p=0,24$ ) referiu não ter utilizado algum método nos últimos seis meses. A quase totalidade dos adolescentes não percebia a camisinha como um método que atrapalhasse a relação (GC=96,3%, GE=98,5%;  $p=0,69$ ) e não queria engravidar (GC=98,36%, GE=100,0%;  $p=0,69$ ) (Tabela 2).

Várias formas foram referidas pelos adolescentes para adquirirem algum tipo de método contraceptivo. O posto de saúde foi o mais citado (GC=35,4% e GE=46,2%,  $p=0,02$ ), em segundo lugar estava a farmácia (GC=35,4% e GE=30,8%,  $p=0,02$ ), a mãe (GC=5,2% e GE=6,1%,  $p=0,02$ ), o pai não foi citado pelo GC e apenas 3,0% do GE referiu. Todavia, o percentual de adolescentes que não sabe aonde procurarem algum tipo de método contraceptivo foi GC =23,7% e no GE= 9,2%.

A idade média do início da atividade sexual foi 13,9 anos para os jovens do sexo masculino e um pouco maior, 15,6 anos para o sexo feminino. Dos adolescentes que já tinham iniciado sua vida sexual, a maioria era do sexo masculino (GC=59,8% e GE=62,9%;  $P=0,00$ ). Dos participantes, 43,2% do GC e 41,2% do GE;  $P=0,76$ , referiram já ter iniciado a prática sexual. Apenas pequena parte usou preservativo todas às vezes (GC=22,3% e GE=14,0%;  $p=0,58$ ).

Um resultado importante foi que o GC pretendia usar algum tipo de método na próxima gravidez em torno de 69,26%, aumentando nos jovens do GE para 84,8%  $P=0,03$  (Tabela 2). A camisinha foi referida com 51,0%.

Nas questões relacionadas à sexualidade (Tabela 3) observou-se que, mesmo após a intervenção, existem muitas dúvidas e desconhecimento. Na maioria das assertivas acerca deste tema, como as que afirmavam que a sexualidade está relacionada apenas aos órgãos

sexuais, que cada pessoa mostra sua sexualidade de forma diferente, que a mulher pode chegar ao orgasmo mais rápido que o homem, e que se sentir atraído por alguém do mesmo sexo é sinal de homossexualidade, não houve diferença estatística. Quando questionados se o orgasmo somente ocorreria quando fosse estimulado por alguém do sexo oposto e que o casal não deve ter relações durante a gravidez, observou-se um maior número de respostas negativas para este quesito entre os adolescentes do GE, respectivamente (CG=55,0% e GE=69,1%;  $p=0,03$ ) e (CG=58,4% e GE=83,8%;  $p=0,000$ ). Entretanto houve diferença estatística entre os sexos do grupo GE, mas não do GC para assertiva que o orgasmo só ocorreria com o sexo oposto. Neste grupo a maioria dos que responderam afirmativo foi o sexo feminino.

Já no que se refere ao tipo de relacionamento em que deveria ocorrer uma relação sexual, os dois grupos não diferiram estatisticamente ( $p=0,68$ ), as relações mais referidas foram: após o casamento (GC=34,6% e GE=40,3%), com namorados (GC=21,6% e GE=23,9%) e só atração (GC=22,1% e GE=16,4%).(Tabela 3).

Observou-se que há uma preferência dos adolescentes em procurar mais os amigos (GC=60,6% e GE=64,7%) para conversarem sobre sua vida sexual, em seqüência o namorado (GC=34,8% e GE=41,2%) e a mãe (GC=35,6% e GE=33,8%). O médico, a enfermeira do posto e o pai foram os menos citados.

A proporção de adolescentes do grupo experimental que respondeu corretamente se uma pessoa pode ter uma DST sem qualquer queixa clínica foi significativamente maior no grupo experimental (GC=78,2% e GE=91,2%;  $p=0,01$ ). Este grupo também demonstrou maior conhecimento ao responder ser falsa a assertiva de que é suficiente tratar somente um dos parceiros, em relação ao grupo controle (GC=65,4% e GE=86,4%;  $p=0,003$ ). Acerca da parceria sexual única como forma de prevenir as DSTs, nos dois grupos, predominou a resposta que tal conceito era falso. Entretanto, a proporção dos adolescentes do grupo que

sofreu intervenção educacional foi significativamente maior (GC=62,2% e GE=77,6%;  $p=0,000$ ). Em outras assertivas não ocorreu diferença estatística entre os grupos ( $p>0,05$ ). Os grupos também acertaram ao responder que uma mesma DST pode apresentar sintomatologia diferente entre os parceiros sexuais. Foi perguntado sobre o uso do preservativo não regularmente como forma eficaz de prevenção de DST, sendo as respostas afirmativas dos grupos iguais estatisticamente (Tabela 4).

Quanto às formas de transmissão do HIV/aids não aceitas cientificamente, o beijo na boca de pessoa portadora do vírus, não foi reconhecido pela maioria dos adolescentes de ambos os grupos como forma comprovada de infecção ( $p>0,05$ ), entretanto, o contrário se observou quanto à falsa possibilidade de transmissão por um vetor (GC=61,1% e GE=86,8%;  $p=0,000$ ). Os grupos foram equivalentes também ao reconhecer como meio comprovado de infecção a relação sexual desprotegida com indivíduo infectado, a transmissão vertical e o compartilhamento de seringas com pessoas infectadas ( $p>0,05$ ). A doação de sangue passou a ser identificada como uma situação segura para uma maior proporção de adolescentes do grupo experimental (GC=63,1% e GE=77,1%;  $p=0,74$ ), porém sem diferença estatística (Tabela 4).

Os adolescentes referiram medo de ser acometido por uma DST em 73,4% do GC e 84,8% do GE. Quando questionado sobre a atitude deles frente à infecção por uma DST, não houve qualquer diferença estatística entre os grupos ( $p>0,05$ ). As posturas de conversar com os pais, amigos ou procurar o posto de saúde foram semelhantes, e nos dois grupos a mãe foi referida como pessoa para se conversar, enquanto o pai foi procurado por um pequeno percentual.

A abordagem acerca das drogas no questionário não objetivava conhecimento, mas sim atitudes e práticas. Não houve diferença estatística entre os dois grupos, 69,4% do GC e 75,4% do GE referiram nunca ter utilizado álcool. Observou-se que havia 30,6% do GC e 24,6% do GE fazendo uso de álcool com frequência, 6,7% do GC e 4,6% do GE usando o solvente uma vez ao dia a quatro vezes por semana e 6,41% do GC e 6,15% ( $p=1,00$ ) do GE experimentaram maconha nos últimos 12 meses. Dentre os usuários de maconha 4,9% do grupo controle e 4,69% do grupo experimental responderam usar com frequência. (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Estudos realizados com adolescentes têm revelado que as intervenções preventivas, produzem resultados positivos no âmbito cognitivo<sup>11, 12, 13</sup>, embora ainda seja questionável a mudança comportamental.

O estudo realizado junto aos adolescentes freqüentadores de CSUs de Fortaleza identificou a alta vulnerabilidade destes adolescentes, no que se refere ao risco potencial de infecção pelo HIV. Os fatores sociais, institucionais e individuais de vulnerabilidade discutidos neste estudo são pautados nos conceitos referidos por Ayres<sup>3</sup> e Rua<sup>14</sup>.

O perfil social das famílias mostrou que os pais apresentavam baixo nível de escolaridade. Entretanto, sabe-se que uma das variáveis mais importante para predizer conhecimento sobre aids é o grau de instrução<sup>15</sup>. De posse desse dado, entende-se que a família, que foi a instituição referida pelos adolescentes como responsável por seus direitos e qualidade de vida<sup>16</sup> (UNICEF, 2002), apresentou limitações no repasse e na qualidade dos conhecimentos fornecido aos seus membros.

Quanto à renda familiar, quase metade dos pais ganhavam menos que dois salários mínimos. Isto poderia estar revelando o quão limitado é o acesso destes adolescentes a bens de consumo que são instrumentos essenciais no processo de sua formação<sup>15</sup>. Entretanto, mesmo as pessoas que vivem em um grupo aparentemente homogêneo em sua posição social, podem diferenciar-se em algumas questões que são essenciais para aumentarem ou diminuir o seu risco da exposição ao HIV. Desta forma, acabam por responder de maneira diferenciada aos agravos a que são expostas. Sobre esta questão, Ayres (2000, p.22) refere “O que a lente da cidadania nos permite ver é que as pessoas têm possibilidades distintas de transformação de sua realidade, de resposta a epidemia”<sup>3</sup>. Portanto, seria possível promover o fortalecimento da cidadania dos adolescentes ultrapassando a simples cognição, num mesmo contexto sócio-econômico adverso.

### **Construção de um Novo Saber**

A abordagem metodológica utilizada no processo de intervenção proporcionou um espaço de construção de novos conceitos e saberes. Os adolescentes demonstraram, que as oficinas propiciaram liberdade para falarem sem censura dos assuntos abordados e dificilmente discutidos em outras instituições porque o grupo era um espaço de identificação. Este fenômeno foi percebido nas expressões observadas.

Antes, eu tinha muita curiosidade de saber essas coisas de jovens, das doenças que ficavam no mundo, aí eu perguntava pra minha mãe, mas ela não tinha informação pra tirar minhas dúvidas. Então, peguei fui atrás dos livros, mas, nunca o que tem no livro é claro, e, não tinha uma pessoa com jeito de falar, por isso fiquei interessado nestas oficinas, muito bem informado graças primeiramente a Dcus, depois ao instrutor, belo instrutor. (Patrícia)

Durante a aplicação dos questionários observou-se que os participantes não só tinham desconhecimento dos assuntos abordados, como também apresentavam dificuldades de leitura, de interpretação e de expressão verbal. A aquisição do conhecimento, a autonomia e o desenvolvimento de atitudes contribuiu com o crescimento pessoal desses jovens permitindo que a participação dos mesmos nas inter-relações de poder oferecidas pelo sistema ocorresse de forma menos desigual<sup>17 18</sup>.

Dentre os pontos observados durante as oficinas, a participação de alguns jovens, perguntando e dialogando foram evidenciados como formas de exercitar a autonomia. Freire (2000) refere que na perspectiva da dialogicidade, o saber é construído e a autonomia desenvolvida<sup>17</sup>.

A importância de se buscar grupos na fase da adolescência é referida por Sousa (1999). O grupo pode ser um espaço de compreensão da realidade, um espaço para apoio psicológico e de formação de identidade, um espaço para cidadania<sup>19</sup>. As relações são marcadas pela necessidade de identidade, ou seja, os jovens procuram uma identificação própria<sup>19</sup>. Sousa (1999) ainda refere que a condição de jovem está relacionada com o lugar, tempo e condições em que vive<sup>19</sup>.

Na fala dos adolescentes pôde-se observar a participação deles formando novos grupos de adolescentes, saindo da condição de partícipe-educando para ator social protagonista da ação, o que poderia estar evidenciando um passo à autonomia.

Agora, depois do projeto, eu converso no colégio. Nós que participamos do projeto, formamos um grupo de incentivo. Eu moro com meus avós, eles são conservadores, eu não falo sobre estes assuntos com eles, mais eles me incentivam a dar palestras, acho que melhorou minha relação no colégio, com meus amigos, na rua. Atualmente faço parte do grupo de multiplicadores do GAPPA. (José)

A relação entre os jovens e os educadores foi além do processo educativo em si. Observou-se uma relação de solidariedade e afetividade entre os adolescentes e os facilitadores, sendo esta uma condição que contribuiu para a interação do grupo e que diálogos não possibilitados durante as oficinas acontecessem. Freire (2000) sugere que a afetividade não interfere na cognoscibilidade, não diminui nem desvaloriza o papel do educador.

O que eu achei mais importante no grupo foi o conteúdo em si, a informação, porém se não fosse nosso (a) instrutor, a gente não teria o grupo. (Paula)

Dentre os saberes compartilhados durante as oficinas estava a saúde reprodutiva e as DST-aids. Em relação ao primeiro, os resultados encontrados apontaram para necessidade de mais informação, uma vez que quase metade dos adolescentes acreditava, entre outras coisas, que a gravidez estava relacionada ao orgasmo feminino, ao uso da ducha pós-relação e que a relação em pé diminuiria o risco de uma gravidez.

Os métodos contraceptivos como a pílula, o preservativo e o anticoncepcional injetável já eram conhecidos pela maioria dos adolescentes e, após a intervenção, os adolescentes passaram a conhecer os outros métodos. Mesmo assim, os resultados mostraram que ainda ficaram muitas lacunas a serem elucidadas sobre estes assuntos.

Os melhores resultados estatísticos encontrados foram em relação a DST-aids, tanto no conhecimento prévio como na cognição final. Entretanto, observou-se que ainda há desinformações básicas. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Garcia<sup>20</sup>. A doação de sangue ainda não está clara para os adolescentes como forma segura de não se adquirir a aids. A fidelidade é um fator influenciável para o uso inadequado do preservativo. Estes resultados são preocupantes, pois dúvidas semelhantes também foram encontradas em

outro estudo sobre sexualidade envolvendo profissionais do Programa de Saúde da Família-PSF, que supostamente participam da instituição de saúde com o papel de contribuir na prevenção das doenças e promoção da saúde<sup>21</sup>.

Outro agravante para a vulnerabilidade de uma gravidez e/ou uma DST refere-se às limitações encontradas nas famílias dos adolescentes no que diz respeito à dificuldade de diálogo sobre saúde reprodutiva. Estudos mostram que o conhecimento sobre a saúde reprodutiva não induz à relação sexual precoce nem à gravidez<sup>22</sup>. No entanto, a inter-relação familiar, no que se refere à educação sexual, é revelada na fala dos adolescentes como assunto de difícil abordagem.

Aqui a gente aprende sobre DST-aids, droga, sexualidade, muito mais detalhado, explicado. Mesmo tendo aprendido isso aqui, eu ainda não tenho liberdade pra falar com minha mãe sobre estes assuntos, porque ela é do tipo muito rígida, fala que isso não é coisa pra falar com criança, adolescente. Já tenho toda informação possível. Não é necessário conversar com ela. (Marcos)

Por outro lado, as experiências demonstradas no grupo, desvelavam que as dinâmicas das oficinas poderiam quebrar parte dos silenciamentos existentes não somente no grupo, mas também na família.

No começo minha mãe não queria que eu participasse desse curso, porque eu era muito criança pra saber coisas desses assuntos. Hoje em dia ela quer que eu continue, traga meus irmãos pra conhecer, não quer que eu saia, eu falo com ela sobre isto aqui. (Mara)

Entre os resultados importantes e positivos obtidos neste estudo está o fato de que 84,8% dos adolescentes referiram a intenção de usar algum tipo de método na próxima relação, e o método de escolha foi o preservativo (51,0%).

## Determinantes para o uso do Preservativo

Quase todos os adolescentes referiram que conheciam o preservativo (95,5%), no entanto, apenas 14,8% faziam uso em todas as relações. o percentual brasileiro referido pelo Ibope (2003) de uso em todas as relações foi de 11,0%<sup>23</sup>. o percentual de jovens que fizeram uso do preservativo na primeira relação sexual no Brasil foi de 65,0%, quase igual ao de países desenvolvidos<sup>23</sup>. Esse dado sugere que o uso do preservativo vai além do desenvolvimento econômico do país. A aquisição do preservativo também tem relação com o acesso institucional: observou-se que 23,7% dos GC e 9,2% do GE não sabem onde e como conseguir preservativo.

Em se tratando da população de adolescentes, parece não haver uma estrutura para o atendimento dessa clientela<sup>16</sup>, haja vista que apenas 31,8% dos adolescentes estudados referiram procurar os serviços de saúde, mesmo após a intervenção, para falar sobre sexualidade. A visão que o adolescente tem das unidades de saúde é que estes são locais são destinados a tratar doenças, e não a atender pessoas saudáveis.

Dentre outros fatores que dificultavam o uso do preservativo foram evidenciados: o sentimento de invulnerabilidade, a desinformação, a influência dos amigos, as relações de gênero e as drogas. Estes aspectos também foram encontrados em outros estudos<sup>12,13</sup>. Algumas falas ratificaram o exposto.

[...]..os adolescentes não usam camisinha. porque eles pensam que não pegam doenças, doença só pega em velho.” (Marcos)

[...]..com o envolvimento de drogas, a pessoa quer é o prazer. não usa camisinha. (Tiago)

Na opinião dos adolescentes havia mais dificuldades do que estímulos para não usar o preservativo. todavia, alguns fatores positivos foram referidos, como ter participado do grupo

de intervenção, a educação familiar e a negociação na relação. Apesar de muitos projetos incentivarem o uso do preservativo ainda existem dúvidas que contribuem com o uso incorreto. Um dos aspectos, também apontados em outro estudo<sup>13</sup>, é o pequeno espaço de tempo nos projetos para a prática.

### **Aspectos da construção social da Sexualidade**

Observou-se uma nítida preferência dos adolescentes (64,71%) em procurar mais os amigos para conversarem sobre sua vida sexual, resultado também encontrado em outros estudos<sup>12</sup>. O pai foi pouco referido pelos adolescentes como participante da educação sexual. Isto leva a inferir a pouca significação e/ou ausência da figura paterna nas relações com os filhos no processo de se tornar um adolescente<sup>19</sup>.

Falar sobre sexualidade, com meus pais, não! Porque eu nunca conversei com eles, mas sim, com meus amigos, com certeza. No primeiro dia de oficina, eu já tinha informações, no terceiro dia eu já estava falando sobre o que acontecia aqui. (Lea)

A mãe é percebida como membro importante da família na tarefa de educadora<sup>19</sup>. Ela foi procurada por 33,8% dos adolescentes, para o diálogo com seus filhos.

Bem, eu nunca deixei de dialogar sobre os assuntos das oficinas com minha mãe. Eu já tinha ouvido falar de sexualidade com ela, eu sempre tive esse diálogo, tudo o que acontecia aqui eu contava pra ela, o meu diálogo com ela melhorou, eu não estava entendendo, ela me informava, foi muito melhor. (Maria)

Estes dados induzem à reflexão de que há uma necessidade de rever os papéis desenvolvidos por cada membro da família, é necessária a (co) participação do homem no

processo de educação, como um todo. À mulher continua reservado o papel de exercer as tarefas inscritas no espaço doméstico, tarefas estas que poderiam ser compartilhadas<sup>24</sup>.

Observou-se que a intervenção mudou pouco o conhecimento acerca da sexualidade, 32,4% ainda percebe a sexualidade como relacionada apenas aos órgãos sexuais, 30,8% acreditam que o orgasmo somente ocorre com o sexo oposto, e 57,4% acham que a mulher não pode gozar primeiro que o homem. Estes conceitos são resultados da construção das identidades sociais e os comportamentos sexuais que recebem a influência de linguagens, rituais, crenças e significados que foram e são modeladas por processos culturais e temporais<sup>25</sup>.

O sexo feminino representou a maior parte dos adolescentes estudada. A participação de jovens do sexo feminino nesta intervenção foi vista como um fato importante visto sua alta vulnerabilidade as DSTs-aids. Na faixa-etária de 12-19 anos têm se registrado o maior percentual de DSTs em adolescentes e proporção da inversão homem para mulheres<sup>2</sup>. Já a menor participação do sexo masculino leva a crer que os trabalhos realizados não tiveram um planejamento que levasse em consideração as especificidades de gênero, assim como não utilizou mecanismos capazes de garantir a sua participação efetiva. É urgente que os programas de prevenção organizem espaços adequados para estimular o adolescente do sexo masculino a cuidar de si mesmo e do outro.

Algumas características da mulher, tais como ser virgem e ser solta, ou seja, que os pais não tem muito controle sobre ela, foram aspectos considerados importantes para que os adolescentes estabelecessem o tipo de relação que eles vão ter com a mesma. Aspecto estes também encontrado nos estudos<sup>12</sup>. Em uma discussão sobre o uso do preservativo alguns adolescentes ratificam esta idéia.

O que pode mudar entre o homem e a mulher esta na base, e na forma de dialogar. A forma de falar de uma mulher é diferente, o homem já chega assim, tracei uma, sei que é vulgar, mas é assim. A mulher não, (se) é virgem, é mais bonita.”(Carlos)

Contrapondo com os significados referentes à sexualidade feminina, os adolescentes entendem o sexo como dominação, força e poder, além de se posicionarem defendendo a idéia de que o ato sexual deve ser ensinado pelo homem numa relação. Mesmo com a emancipação feminina, o domínio masculino parece ainda historicamente enraizado<sup>18</sup>.

Segundo Parker os scripts (roteiros) masculinos e femininos são parâmetros estabelecidos socialmente, e orientam a maneira do homem e da mulher ser no “agir” e no “pensar”. Aparecem em comunidades diferentes e orientam a estrutura e possibilidades da interação sexual de maneiras específicas<sup>25</sup>

Em relação às drogas, a pesquisa identificou que há consumo de drogas nesta população. Nestes usuários, a vulnerabilidade se torna ainda maior não só para a DST-aids, mas também para agravos em geral, que fazem parte da violência estrutural. Os jovens da periferia estão mais vulneráveis à violência e às drogas, e estes problemas pouco estão sendo abordados no sistema educacional<sup>19</sup>.

Este estudo evidenciou a alta vulnerabilidade à infecção do HIV nos jovens participante da intervenção, tanto no âmbito individual como no social e institucional. Percebeu-se a necessidade de uma reestruturação dos serviços de saúde em relação às formas de se fazer prevenção, pois a visão dos adolescentes frente a estes, ainda é predominantemente curativa, o que limita a procura dos mesmos pelos jovens.

É necessário, ainda, viabilizar meios para inclusão da família, articulando estratégias para sensibilizar e captar o pai e o adolescente, especialmente do sexo masculino, na participação de grupos de prevenção as DST/aids.

Diante do crescimento dos casos de DSTs e aids, não se pode priorizar apenas a doença, mas é necessário abordar a sexualidade de forma mais importante. As intervenções com adolescentes devem ser programadas de forma reflexiva, contemplando a sexualidade, a saúde reprodutiva, gênero e drogas junto a suas diversidades no âmbito da intersubjetividade individual e coletiva.

## REFERÊNCIAS

1. UNAIDS/WHO. Resource epidemiology. Dez 2003. [acessado em 2004 abr. 22]. Disponível em: <http://www.UNAIDS.org/UNAIDS/EM/resources/epidemiology.asp>.
2. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília, DF, setembro à dezembro, 2002.
3. Ayres JRCM. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: Pinto T, Telles IS. Organizadores AIDS e escola. São Paulo: Cortez; 2000. p. 176-21.
4. Ministério da Saúde (BR.) Coordenação Nacional de DST/aids [acessado 2002a ago. 8]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevenção/políticas.htm>.
5. Ministério da Saúde (BR.). A saúde de adolescentes jovens. Brasília, DF, 2000.
6. Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. São Paulo: ABIA; 2000.
7. Passarelli CAF. Notas sobre o seminário prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década. In: Parker R, Terto Jr V. organizadores. Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. 40p.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec- ABRASCO; 2000.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
10. Rey FLG. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Thomson; 2002. p. 30.
11. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicol USP* 2002;13(1):55-78.
12. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(2):611-20.
13. Agha S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-saharan Africa. *Int Fam Plann Persp* 2002; 28(2):67.

14. Rua MG, Abramovay M. Avaliação das ações de prevenção as DST-AIDS e uso indevido de drogas nas escolas de ensino médio em capitais Brasileiras. Brasília: UNESCO; 2001.
15. Fonseca MG. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal 1986 à 1999. Cad. Saúde Pública 2000;16(supl. 1):77-87.
16. UNICEF. Relatório da situação da adolescência Brasileira. Brasília, 2002.
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
18. Foucault M. História da sexualidade: a vontade do saber. Rio de Janeiro: Graal; 2001. v.1, cap. 4. p. 100.
19. Sousa JTP. Reinvenções da utopia: A militância política de jovens nos anos 90. São Paulo: Hacker;1999.
20. Garcia CF, Quilis RM, Sampedro CR. et al. Câmbios en lãs actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por HIV tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. Rev Esp Salud Publica 2000; 74:1135.
21. Silva ACE. O programa saúde da família na prevenção de situações de complexidade: o exemplo da AIDS. [dissertação Mestrado em Saúde Pública]. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federa do Ceará; 2004.
22. Weiss E, WHELAN D, Gupta GR. The International Center For Research on Women. Vulnerability and oportunity: adolescentes and HIV/AIDS in the developing world. Washington DC;1996.
23. Paiva V, Venturine G, França Jr IL. Uso do preservativo. Pesquisa Nacional MS/IBOPE-2003. [acessado em 2003 set. 1]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/Ibope-2003> .
24. Ridenti SGV. A desigualdade de gênero nas relações parentais: o exemplo da custódia dos filhos. [acessado em 2004 maio 10]. Disponível em: <http://www.ufpe.br.papai>.
25. Parker R. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2001.

# ANEXO

**TABELA 1- Características sócio-demográficas dos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs – Fortaleza/CE – 2001 – 2002**

Variáveis	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	90	37,34	29	43,94	
Feminino	151	62,66	37	56,06	0,33*
<b>Faixa etária</b>					
< 15 anos	45	18,44	6	8,82	
15 – 18 anos	156	63,93	42	61,76	0,03*
> 18 anos	43	17,62	20	29,41	
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	229	97,03	65	95,59	
Casado	7	2,97	3	4,41	0,69*
<b>Religião</b>					
Sem religião	37	15,23	5	7,46	
Católica	146	60,08	44	65,67	
Evangélico	45	18,52	16	23,88	0,24*
Outra	15	6,17	2	2,29	
<b>Prática religião</b>					
Sim	163	70,56	44	66,67	
Não	68	29,44	22	33,33	0,54*
<b>Renda familiar em salários mínimos</b>					
< 180	24	12,50	4	6,56	
180 – 250	43	22,40	11	18,03	0,06**
250 – 500	66	34,38	19	31,15	
≥ 500	59	30,73	27	44,26	
<b>Pai empregado</b>					
Sim	129	58,90	40	66,67	
Não	38	17,35	8	13,33	0,55**
Aposentado	16	7,31	2	3,33	
Não tenho pai	36	16,44	10	16,49	
<b>Mãe empregada</b>					
Sim	93	44,29	28	45,16	
Não	92	43,81	28	45,16	0,93**
Aposentada	14	6,67	4	6,45	
Não tenho mãe	11	5,24	2	3,23	
<b>Atividade remunerada</b>					
Sim	75	34,25	17	26,56	
Não	29	13,24	12	18,75	0,37**
Não trabalha	115	52,51	35	54,69	
<b>Escolaridade do pai</b>					
1º grau incompleto	86	35,83	32	59,09	
2º grau incompleto	36	15,00	8	12,12	
Superior	60	25,00	15	22,73	0,41*
Não sei	58	24,17	4	6,06	
<b>Escolaridade da mãe</b>					
1º grau incompleto	100	42,02	39	59,09	
2º grau incompleto	49	20,59	8	12,12	
Superior	64	26,89	15	22,73	0,08**
Não sei	23	10,50	4	6,06	
<b>Pais vivem juntos</b>					
Sim e vivem bem	113	46,89	30	46,15	
Sim e vivem mal	24	9,96	3	4,62	
Não	73	30,29	25	38,46	0,43**
Falecidos	31	12,86	7	10,77	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

**TABELA 2-Conhecimento, práticas e atitudes sobre saúde reprodutiva referidas pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis relacionadas ao conhecimento sobre práticas e métodos contraceptivos	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
<b>Pílula</b>					
Sim	222	95,28	62	96,88	
Não	11	4,72	2	3,13	0,74**
<b>Camisinha</b>					
Sim	224	95,32	64	95,52	
Não	11	4,68	3	4,48	1,00*
<b>Uso correto camisinha:</b>					
Colocar antes penetração:					
Sim	217	93,94	67	98,53	
Não	14	6,06	1	1,47	0,20**
Colocar na ejaculação:					
Sim	31	14,03	2	3,13	
Não	190	85,97	62	96,88	0,01**
Nunca deixar espaço na ponta:					
Sim	97	43,69	19	25,69	
Não	125	56,31	45	70,31	0,04
<b>Mulher nunca engravida se:</b>					
Mulher não sentir orgasmo					
Sim	113	48,71	22	32,84	
Não	119	51,29	45	67,16	0,02
Usar ducha após relação					
Sim	120	51,95	19	29,23	
Não	111	48,05	46	70,77	0,00*
Relação sexual em pé					
Sim	95	41,21	13	20	0,00*
Não	136	58,87	52	80	
Ejacular fora					
Sim	150	64,94	35	52,24	
Não	81	35,06	32	47,76	0,05*
<b>Comportamento:</b>					
Usaram métodos nos últimos 6 meses :					
Sim	43	17,62	8	11,76	
Não	201	82,38	60	88,64	0,24*
Usou camisinha nos últimos 6 meses:					
Não usou todas as vezes	51	23,39	15	25	
Usou todas as vezes/ nunca teve relação sexual	167	76,61	45	75	0,79*
Porque não usou contraceptivo :					
Não esperava a relação:					
Sim	30	12,3	7	10,29	
Não	214	87,7	61	89,71	0,65*
Querida engravidar:					
Sim	4	1,64	0	0	
Não	240	98,36	68	100	0,58**
Método atrapalha:					
Sim	9	3,69	1	1,47	
Não	235	96,31	67	98,53	0,69**
Pretende usar método na próxima relação?					
Sim	160	69,26	56	84,85	
Não	25	10,82	2	3,03	0,03**
Não pensei	46	19,61	8	12,12	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

**TABELA 3-Conhecimentos, práticas e atitudes sobre sexualidade informada pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
Sexualidade esta relacionada apenas aos órgãos sexuais					
Sim	91	37,92	22	32,35	0,40*
Não	149	62,08	46	67,65	
Cada pessoa mostra de forma diferente					
Sim	211	88,66	65	95,59	0,09**
Não	27	11,34	3	4,41	
A mulher pode gozar mais rápido					
Sim	103	43,46	29	42,65	0,90*
Não	134	56,54	39	57,35	
O orgasmo ocorre somente com o sexo oposto					
Sim	107	44,96	21	30,88	0,03*
Não	131	55,04	47	69,12	
Sentir atração por alguém do mesmo sexo é sinal de homossexualidade					
Sim	190	80,17	51	75	
Não	47	19,83	17	25	
Casal não deve ter relações sexuais durante a gravidez					
Sim	99	41,6	11	16,18	0,62*
Não	139	58,4	57	83,82	0,00*
Quando deve se ter relações sexuais:					
Só com atração	51	22,08	1	16,42	0,68**
Bons amigos	11	4,76	3	4,48	
Namorados	50	21,65	16	23,88	
Noivos	8	3,46	4	5,97	
Depois de casados	80	34,63	27	40,3	
Não sei	31	13,42	6	8,96	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

**TABELA 4 -Conhecimentos geral e atitudes sobre dst-aids informada pelos adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis	Grupo controle		Grupo experimental		P-valor
	n	%	n	%	
<b>A pessoa não pega DST se usar camisinha na maioria das vezes</b>					
Sim	126	55,75	31	45,59	0,14*
Não	100	44,25	37	54,41	
<b>A pessoa não pega DST se tiver apenas um parceiro</b>					
Sim	87	37,83	15	22,39	0,01*
Não	143	62,17	52	77,61	
<b>Formas comprovadas de transmissão da aids</b>					
Beijar na boca de infectado					
Sim	46	18,85	6	8,82	0,06*
Não	198	81,15	62	91,18	
Relação sexual sem camisinha com					
Sim	233	95,49	66	97,06	0,74*
Não	11	4,51	2	2,94	
<b>Formas comprovadas de transmissão da aids</b>					
Doar sangue					
Sim	90	36,89	15	22,06	0,74*
Não	154	63,11	53	77,94	
Picado por mosquito que picou					
Sim	95	38,93	11	16,18	0,00*
Não	149	61,07	57	86,82	
Durante a gravidez da mãe infectada para o bebe					
Sim	200	81,97	59	86,76	0,46*
Não	44	18,03	9	13,24	
Compartilhar seringas com infectados					
Sim	234	95,9	67	98,53	0,46*
Não	10	4,1	1	1,47	
<b>O que faria se descobrisse que estava com dst</b>					
Conversaria com o pai					
Sim	90	36,89	22	32,35	0,19*
Não	154	63,11	45	66,18	
Não sei	0	0	1	1,47	
Conversaria com a mãe					
Sim	163	66,8	42	61,76	0,47*
Não	81	33,8	26	38,24	
Conversaria com o amigo					
Sim	84	34,43	28	41,48	0,31*
Não	160	65,57	40	58,88	
Procuraria o posto de saúde					
Sim	142	58,2	47	69,12	0,12*
Não	102	41,8	21	30,88	

\* Teste Qui quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher

**TABELA 5-Freqüência e consumo de drogas dentre os adolescentes e adultos jovens dos três CSUs de Fortaleza/CE – 2001 a 2002**

Variáveis	Grupo Controle		Grupo Experimental		P - valor
	n	%	n	%	
<b>Freqüência consumo de álcool</b>					
Nunca	159	69,43	49	75,38	
Menos que mensal	25	10,92	6	9,23	
Mensal	33	14,41	6	9,23	0,59**
Semanal	11	4,8	3	4,62	
Diário	1	0,44	1	1,54	
<b>Uso solvente</b>					
Não	201	87,01	63	96,92	
Sim	24	10,39	2	3,02	
Não sei	6	2,6	0	0	0,07**
<b>Freqüência do uso do solvente</b>					
Não usei	209	93,3	62	95,38	
1 vez/semana	4	1,79	0	0	
1 ou mais vez/semana	1	0,45	1	1,54	0,47**
2 ou mais vez/semana	1	0,45	1	1,54	
4 ou mais vez/semana	1	0,45	0	0	
<b>Experimentou maconha nos últimos 12 meses</b>					
Não	215	91,88	61	93,85	
Sim	15	6,41	4	6,15	1,00**
<b>Freqüência uso da maconha</b>					
Não usei	203	93,12	61	95,31	
<1 vez/semana	7	3,21	1	1,56	
1 ou mais vez /semana	1	0,46	0	0	0,54**
Diário	1	0,46	1	1,56	
2 ou mais vez/dia	1	0,46	1	1,56	
Não sei	5	2,29	0	0	
<b>Usa outra droga</b>					
Não	209	92,48	65	97,01	
Sim	17	7,52	2	2,99	0,26**

\*\*Teste exato de Fisher