



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IZAILDO TAVARES LUNA

VÍDEO EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA
ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

FORTALEZA

2014

IZAILDO TAVARES LUNA

VÍDEO EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA
ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

Tese apresentada ao Doutorado em Enfermagem Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Coorientadora: Prof.^a Dra. Leilane Barbosa de Sousa

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- L983v Luna, Izaildo Tavares.
Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua. / Izaildo Tavares Luna. – 2014.
176 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.
Co-Orientação: Profa. Dra. Leilane Barbosa de Sousa.
1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Educação em Saúde. 3. Adolescente. .
Enfermagem. I. Título.

CDD 616.951

IZAILDO TAVARES LUNA

VÍDEO EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA
ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

Tese apresentada ao Doutorado em
Enfermagem Coordenação do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem. Área de Concentração:
Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos
Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF)

Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Eveline Pinheiro Beserra
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, que é puro Amor!
Aos meus pais, com gratidão e amor!
Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, que
mesmo a distância sempre se fizeram presentes
em meus pensamentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem desejo estar sempre unido e por quem desejo tudo fazer.

Aos meus pais, Chico de Josias e Maria Izaudite, pela presença amorosa a cada passo mesmo a distância.

A minha irmã Maria Izailde, que mesmo diante de momentos de muita ansiedade sempre esteve ao meu lado.

À orientadora Profa. Dra Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, por ser um anjo de Deus enviado para fazer o bem a todos nós, por ser minha amiga, pelos ensinamentos que me proporcionou, pelo apoio durante essa longa caminhada rumo ao conhecimento.

Aos amigos e colegas de doutorado, em especial a Ana Luíza, e Kelanne Lima, pelo apoio na superação das dificuldades, por serem minhas confidentes nos momentos mais difíceis da formação profissional.

Aos membros do Projeto Aids: Educação e Prevenção, sobretudo a Fabiane Gubert, Carlos Colares Maia e Agnes Caroline.

Aos profissionais do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Aos membros da banca examinadora, Prof^ª Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira; Prof^ª. Dra. Maria Dalva Santos Alves; Prof^ª. Dra. Saiwori dos Anjos; Prof^ª. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho; Prof^ª. Dra. Eveline Pinheiro Beserra; Prof^ª. Dra. Régia Christina Moura Barbosa.

À Prof^ª Dra. Leilane Barbosa de Sousa, por todo o auxílio que me deu durante uma etapa muito importante deste trabalho e em todos os outros. Sem sua contribuição com certeza eu não teria conseguido o auxílio dos maravilhosos atores para representar os adolescentes do vídeo.

Aos professores e colegas de mestrado e doutorado pelos conhecimentos compartilhados.

Aos juízes de conteúdo e técnica pelas relevantes contribuições para a conclusão deste estudo.

Aos profissionais que participaram das etapas de pré-produção, produção e pós-produção do vídeo, em especial Luís Cláudio Santos dos Anjos.

Aos atores do grupo de teatro Degraus de Baturité-CE, pela enorme contribuição prestada no processo de construção deste vídeo.

Às colegas enfermeiras Mônica Girão, e Marta Freitas, por terem aceitado de forma amável participar do vídeo como a apresentadora e a enfermeira, respectivamente.

Aos adolescentes do Abrigo Renascer, por terem participado do processo de validação do vídeo.

Aos profissionais do Abrigo Renascer, pelo acolhimento e permissão para que este trabalho de avaliação do vídeo fosse realizado.

À CAPES, pelo auxílio financeiro por meio da bolsa de doutorado.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho.

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.” (Paulo Freire)

RESUMO

LUNA, I. T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/Aids para adolescentes em situação de rua.** 2014. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2014.

A adolescência é uma fase de transição na vida. A sexualidade e a identidade sexual são aspectos de destaque, logo esse momento é cercado de curiosidades e dúvidas que poderão levar o adolescente à adoção de comportamentos de riscos e se infectar por DST/HIV/aids. É necessário que os profissionais que atuam com esse público desenvolvam intervenções inovadoras que elevem a confiança desses adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis. Diante disso, objetivou-se desenvolver e validar um vídeo educativo com informações voltadas à prevenção de DST/HIV/aids para adolescentes em situação de rua. Trata-se de estudo metodológico e de desenvolvimento no qual se elaborou um vídeo educativo. A pesquisa seguiu as seguintes etapas: pré-produção (sinopse, argumento, roteiro, *storyboard*), produção e pós-produção. O roteiro do vídeo foi validado por três juízes, profissionais da enfermagem e especialistas na área de prevenção de DST/HIV/aids; e por cinco juízes técnicos especialistas na área de comunicação e mídias educativas. O vídeo pré-editado foi validado por meio de três grupos focais com a participação de 10 adolescentes com história de vida pregressa de rua e que se encontravam em situação de acolhimento. As informações provenientes da etapa de validação do vídeo com os adolescentes foram submetidas à técnica do discurso do sujeito coletivo e analisadas em um contexto qualitativo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Os juízes que validaram o roteiro quanto aos aspectos técnicos e de conteúdo solicitaram modificações no número de cenas da apresentadora; substituição de termos técnicos por linguagem mais acessível ao público-alvo; e promoção de mais interação entre os personagens, além da inserção de recursos e imagens computadorizados para possibilitar maior interatividade ao vídeo. Verificou-se que o vídeo ajudou os adolescentes na aquisição de conhecimentos sobre a prevenção das DST/HIV/aids, porque a temática abordada nas cenas foi de fácil compreensão, o que contribuiu para aumentar o interesse e a atenção dos adolescentes. Os participantes demonstraram satisfação quanto à mensagem apresentada no vídeo, pois as vivências retratadas nas cenas foram imediatamente relacionadas às suas práticas sexuais. Isso demonstrou que o recurso educativo produzido estimula o pensamento crítico do adolescente quanto à importância da adoção de comportamentos saudáveis e contribui para a prevenção das DST/HIV/aids. Concluiu-se que o vídeo educativo

“Adolescentes em situação de rua: conhecimento, vulnerabilidade e prevenção das DST/HIV/aids” estimula e desenvolve nos adolescentes competências e habilidades necessárias para que estes possam atuar efetivamente na melhoria de suas práticas sexuais, diminuindo os riscos de se infectar por uma DST/HIV/aids. Por fim, recomenda-se a implementação de estratégias educativas periódicas utilizando o vídeo com o objetivo de motivar os adolescentes a adotar medidas de proteção às DST/HIV/aids.

Palavras-chave: Adolescente. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Tecnologia Educativa. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

LUNA, I. T. **Educational video focusing on STD/AIDS prevention for homeless adolescents.** 2014. Thesis (Ph.D.) - Graduate Program in Nursing, Nursing Department, Universidade Federal do Ceará, 2014.

Adolescence is a transitional stage in life, particularly regarding sexuality and sexual identity; thus, this moment is filled with curiosities and questions that put the adolescent face to face to the adoption of risk behaviors, which may increase the chances of becoming infected with STD/HIV/AIDS. Therefore, it is important that professionals working with these public develop innovative interventions that increase their confidence to the adoption of healthy behaviors. For this reason, this research aimed to develop and validate an educational video with information on the prevention of STD/HIV/AIDS among adolescents in street situation. A methodological and development study that produced an educational video. The research adopted the following steps: pre-production (synopsis, argument, script, and storyboard), production and post-production. Three judges, nursing professionals and experts in the STD/HIV/AIDS prevention area, and five judges, technical experts in the area of communication and educational media, validated the video script. Three focus groups involving 10 adolescents with previous life history of street situation and who were in residential care validated the pre-edited video. The information from the step of video validation with adolescents were submitted to the Discourse of the Collective Subject technique and analyzed in a qualitative context. We highlight that the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Ceará approved this study. The judges who validated the script on the technical and content aspects requested changes in the number of scenes of the presenter; replacement of technical terms by more accessible language to the target audience; promote greater interaction among the characters and insert features and computerized images to enable greater interactivity to the video. We verified that the video helped adolescents in constructing a better understanding on the STD/HIV/AIDS prevention, because the issue addressed in the scenes was clear and easy to understand, thus increasing the interest of adolescents and keeping them attentive. The participants showed satisfaction with the message presented in the video, in which the experiences portrayed in the scenes were immediately related to their sexual practices, demonstrating that the educational feature produced encourages critical thinking of adolescents as regards the importance of adopting healthier behaviors, hence contributing to the STD/HIV/AIDS prevention. We conclude that

the educational video “Adolescents in street situation: knowledge, vulnerability, and STD/HIV/AIDS prevention” encourages and develops necessary skills and abilities in adolescents, so they can act effectively in improving their sexual practices, reducing the chances of becoming infected with STD/HIV/AIDS. Finally, we recommend the implementation of periodic educational strategies using the video in order to motivate adolescents to adopt protective measures against STD/HIV/AIDS.

Keywords: Adolescent. Sexually Transmitted Diseases. Educational Technology. Health Education. Nursing.

RESUMEN

LUNA, I. T. **Vídeo educativo con enfoque en la prevención de ETS/SIDA para adolescentes en situación de calle.** 2014. Tesis (Doctorado) - Programa de Postgrado en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad Federal del Ceará, Brasil, 2014.

La adolescencia es una etapa de transición en la vida, donde la sexualidad y la identidad sexual son aspectos de mención, pues este momento está rodeado de curiosidades y dudas que ponen al adolescente a cara a cara a la adopción de comportamientos de riesgo, que pueden aumentar las posibilidades de infectarse por ETS/HIV/SIDA. Por eso es importante que los profesionales que trabajan con estos grupos desarrollan intervenciones innovadoras que aumentan la confianza de estos para la adopción de comportamientos saludables. El objetivo de la investigación fue desarrollar y validar un vídeo educativo dirigido a la prevención de ETS/HIV/SIDA para adolescentes callejero. Estudio metodológico y de desarrollo en que se produjo un vídeo educativo. La investigación siguió las siguientes etapas: pre-producción (sinopsis, argumento, guión, *storyboard*), producción y post-producción. El guión del vídeo fue validado por tres jueces, profesionales de enfermería y expertos en el área de prevención de ETS/HIV/SIDA; y cinco jueces expertos técnicos en el área de comunicación y medios educativos. El vídeo pre-editado fue validado a través de tres grupos focales con participación de 10 adolescentes con historia de vida previa de calle y que estaban en condiciones de acogimiento. Las informaciones provenientes de la etapa de validación del vídeo con los adolescentes fueron sometidas a la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo y analizadas en un contexto cualitativo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Ceará. Los jueces que validaron el guión en los aspectos técnicos y de contenido solicitaron cambios en el número de escenas de la presentadora; sustitución de términos técnicos por lenguaje más accesible para el público objetivo; promoción de mayor interacción entre los personajes e inserción recursos e imágenes computarizadas para permitir mayor interactividad con el vídeo. Se encontró que el vídeo ayudó a los adolescentes en la construcción de mejor comprensión de la prevención de ETS/HIV/SIDA, pues la temática en las escenas era de fácil de entender y clara, por tanto, ha aumentado el interés de los adolescentes, los cuales se mantuvieron atentos. Los participantes señalaron satisfacción por el mensaje presentada en el vídeo; cuyas experiencias retratadas en las escenas fueron inmediatamente relacionadas con sus prácticas sexuales, destacándose que el recurso educativo producido alienta el pensamiento crítico del adolescente cuanto a la importancia de adoptar un comportamiento más saludable, contribuyendo a la prevención de ETS/HIV/SIDA.

En conclusión, el vídeo educativo "Adolescentes callejero: conocimiento, vulnerabilidad y prevención de ETS/HIV/SIDA", fomenta y desarrolla en los adolescentes habilidades y destrezas necesarias para que puedan actuar de manera eficaz en la mejora de sus prácticas sexuales, disminuyendo las posibilidades de infectarse con una ETS/HIV/SIDA. Por último, se recomienda implementar estrategias educativas periódicas utilizando el vídeo con el fin de motivar a los adolescentes a adoptar medidas de protección de ETS/HIV/SIDA.

Palabras clave: Adolescente. Enfermedades de Transmisión Sexual. Tecnología Educativa. Educación en Salud. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Linhas estratégicas do Programa de Prevenção às DST/HIV/aids do Ministério da Saúde | 37 |
| Quadro 2 - Princípios e diretrizes norteadores da política brasileira de prevenção às DST/HIV/aids, Ministério da Saúde..... | 39 |
| Quadro 3 - Critérios de seleção para juízes da validade de conteúdo | 67 |
| Quadro 4 - Ideia Central: O vídeo leva ao conhecimento sobre as DST/HIV/aids | 87 |
| Quadro 5 - Ideia Central: O vídeo leva ao entendimento sobre a prevenção das DST/HIV/aids..... | 88 |
| Quadro 6 - Ideia Central: As orientações sobre as DST/HIV/aids abordadas no vídeo são de fácil compreensão | 89 |
| Quadro 7 - Ideia Central: O vídeo retrata as DST/HIV/aids como algo perigoso..... | 90 |
| Quadro 8 - Ideia Central: O vídeo despertou no adolescente o interesse em saber mais sobre as DST/HIV/aids..... | 91 |
| Quadro 9 - Ideia Central: O vídeo é educativo e ajuda o adolescente a entender as DST/HIV/aids..... | 92 |
| Quadro 10 - Ideia Central: O vídeo retrata os motivos que levam o adolescente a situação de rua | 92 |
| Quadro 11 - Ideia Central: A história apresentada no vídeo retrata a realidade vivida pelos adolescentes..... | 93 |
| Quadro 12 - Ideia Central: O vídeo mostra os riscos do viver em ambiente de rua..... | 94 |
| Quadro 13 - Ideia Central: O vídeo faz o adolescente refletir sobre os cuidados que deve ter com as drogas e as DST/HIV/aids..... | 95 |
| Quadro 14 - Ideia Central: O vídeo mostra que a camisinha é a melhor forma de prevenção..... | 96 |
| Quadro 15 - Ideia Central: O vídeo ensina a usar corretamente a camisinha..... | 97 |
| Quadro 16 - Ideia Central: O vídeo reforça a importância do uso da camisinha | 98 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Aspectos contemplados na Política de Prevenção as DST/HIV/aids do Ministério da Saúde..... | 38 |
| Figura 2 - Fluxograma das etapas da pesquisa – construção e validação do vídeo educativo..... | 63 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos vídeos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, segundo década de produção, 1980 – 2012 | 52 |
| Tabela 2 - Distribuição dos vídeos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, de acordo com o tempo de gravação | 53 |
| Tabela 3 - Distribuição dos vídeos com enfoque na prevenção de DST/aids, segundo região | 53 |
| Tabela 4 - Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, de acordo com o público-alvo. | 54 |
| Tabela 5 - Distribuição dos vídeos voltados para a prevenção das DST/HIV/aids, de acordo com o enfoque da mensagem..... | 55 |
| Tabela 6 - Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo..... | 82 |
| Tabela 7 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica do roteiro vídeo | 82 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASAJ - Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
CAAEE – Certificado de Apresentação para Avaliação Ética
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
D/N – Data não definida
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVD – *Digital Versatile Disc*
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ECHs - Expressões-chave
ESF - Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GF – Grupos Focais
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
IC - Ideia Central
MS – Ministério da Saúde
ONGs - Organizações Não Governamentais
PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente
PSE - Programa Saúde na Escola
RN – Rio Grande do Norte
STDS - Secretária de Trabalho e Desenvolvimento Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFC – Universidade Federal do Ceará
UNAIDS - *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*
VHS - *Video Home Sister*

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 OBJETIVOS | 27 |
| 3 APORTE TEÓRICO | 28 |
| 3.1 Risco, vulnerabilidade e resiliência do adolescente às Doenças Sexualmente Transmissíveis | 28 |
| 3.2 Política Nacional de Prevenção às DST/HIV/aids e sua interface com a Enfermagem | 35 |
| 3.3 Vídeos educativos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids produzidos no Brasil | 49 |
| 4 METODOLOGIA | 62 |
| 4.1 Tipo de estudo | 62 |
| 4.2 Etapas da pesquisa | 62 |
| 4.2.1 Elaboração do vídeo educativo | 64 |
| 4.2.2 Pré-produção | 64 |
| 4.2.2.1 Pré-produção: storyline ou sinopse | 64 |
| 4.2.2.2 Pré-produção: argumento | 64 |
| 4.2.2.3 Pré-produção: roteiro | 65 |
| 4.2.2.4 Validação de conteúdo e de técnica do roteiro por especialistas | 66 |
| 4.2.2.4.1 Validação do roteiro: instrumento | 68 |
| 4.2.2.4.2 Validação do roteiro: Análise das informações | 69 |
| 4.2.2.5 Pré-Produção: storyboard | 69 |
| 4.3 Produção do vídeo educativo | 69 |
| 4.4 Pós-produção do vídeo educativo | 70 |
| 4.5 Validação do vídeo educativo com os adolescentes | 70 |
| 4.6 Organização das informações obtidas nos Grupos Focais | 73 |
| 4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa | 75 |
| 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 76 |
| 5.1 A ideia – Elaboração do vídeo educativo | 76 |
| 5.1.1 Pré-produção: sinopse ou storyline | 76 |
| 5.1.2 Pré-produção: argumento | 77 |
| 5.1.3 Pré-produção: criação dos personagens | 78 |
| 5.1.4 Pré-produção: roteiro | 79 |
| 5.2 Validação do roteiro do vídeo por juízes de conteúdo | 79 |
| 5.2.1 Validação do roteiro por juízes técnicos | 81 |
| 5.3 Produção do vídeo educativo | 84 |
| 5.4 Pós-produção do vídeo educativo | 85 |
| 5.5 Validação do vídeo educativo pela população-alvo | 86 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 100 |
| 7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES | 105 |

| | |
|---|------------|
| 8 REFERÊNCIAS | 106 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE JUÍZES DE CONTEÚDO E TÉCNICO | 121 |
| APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA | 122 |
| APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA | 125 |
| APÊNDICE D - CARTA CONVITE | 130 |
| APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE CONTEÚDO E TÉCNICA | 131 |
| APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ADOLESCENTES (VALIDAÇÃO DO VÍDEO)..... | 132 |
| APÊNDICE G - GRUPO FOCA | 133 |
| APÊNDICE H - ROTEIRO | 137 |
| APÊNDICE I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE ACOLHIMENTO DOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO DO VÍDEO | 167 |
| ANEXO A - REQUERIMENTO | 168 |
| ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO | 169 |
| ANEXO C - DECLARAÇÃO | 170 |
| ANEXO D - PROPOSTA DE ORÇAMENTO | 171 |
| ANEXO E - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 172 |
| ANEXO F - ATESTADO DE REVISÃO VERNACULAR | 175 |
| ANEXO G – DECLARAÇÃO DE FORMATAÇÃO DA TESE..... | 176 |

1 INTRODUÇÃO

“Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão.”

(Paulo Freire)

A enfermagem tem como *práxis* o cuidar. Este exige, além do conhecimento técnico, a capacidade de compreender o indivíduo a partir de suas vivências. Assim, o cuidado prestado abre a possibilidade de se ver o processo de desenvolvimento humano de maneira contextualizada, interativa e processual, ultrapassando o discurso biológico-biomédico nas ações de cuidado ao outro (FERREIRA, 2006; DIAS *et al.*, 2010; JESUS *et al.*, 2011; BATISTA *et al.*, 2013).

Para que as dimensões do cuidado sejam contempladas a enfermagem precisa da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade para promover ações baseadas em conhecimentos diversificados que auxiliem as pessoas no enfrentamento de situações e problemas que favorecem o adoecimento. Logo, para cuidar de forma integrada e integral a enfermagem deve apoiar sua prática na intersectorialidade, reconhecendo a complexidade e os problemas presentes no cotidiano da comunidade (MONTEIRO; VARGAS; CRUZ, 2006).

O enfermeiro, quando atua comprometido com a comunidade, envolvendo-a diretamente nas ações dirigidas à melhoria da qualidade de vida das pessoas, evidencia a promoção da saúde. Esta se constitui fundamentalmente na capacitação e no fortalecimento do indivíduo e da comunidade para o enfrentamento e a solução dos problemas de saúde que os acometem (WESTPHAL, 2006).

A enfermagem, ao realizar estratégias que envolvem o indivíduo e a coletividade nas suas ações de cuidado, aciona a promoção da saúde. Responsabiliza o indivíduo como detentor de saber que não deve ser descartado, mas aperfeiçoado e adaptado ao saber científico (QUEIROZ; JORGE, 2006).

As práticas de enfermagem, nos diversos cenários, dentre estes o ambiente de rua, devem promover atitudes positivas e de compromisso para a redução das vulnerabilidades dos adolescentes. A educação em saúde é um instrumento capaz de promover e estimular o adolescente a se responsabilizar por sua saúde através da adoção de comportamentos saudáveis (LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2012).

A educação em saúde, como instrumento de promoção da saúde, constitui-se um elemento importante na prática da enfermagem. Exige do profissional capacitação e

motivação para elaborar estratégias que engajem o público num processo contínuo de adoção de atitudes promotoras de saúde (CASEY, 2007).

Para que o processo educativo forneça subsídios suficientes ao indivíduo para optar por decisões benéficas na melhoria da sua qualidade de vida, a ação educativa deve ser planejada de acordo com as necessidades e o interesse do público a que se destina (BEZERRA *et al.*, 2008; JULIANI; KURCGANT, 2009; REIS *et al.*, 2010).

Assim, o profissional da saúde precisa buscar práticas condizentes com a população e que rompam com o modelo tradicional herdado das ciências biomédicas, que apresentam intervenções de caráter superficial e autoritário, não reconhecendo a importância da educação em saúde mediada pelo envolvimento dos diversos atores sociais no processo (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Reconhecendo a tecnologia educativa como ferramenta que facilita o aprendizado das pessoas de forma lúdica, atraente e dinâmica, e que envolve o participante na atividade formativa (GUBERT *et al.*, 2009; BARBOSA, 2010), reforça-se a necessidade de intervenções inovadoras que elevem a responsabilidade das pessoas para a adoção de comportamentos saudáveis. Logo, a utilização de estratégia ativa de ensino, como o uso de vídeo, motiva o indivíduo a aprender, pois ao ver indivíduos semelhantes realizando determinadas tarefas com sucesso, eleva-se o seu interesse em desenvolver suas potencialidades e habilidades (EIDMAN, 2011).

Diante da crescente demanda por intervenções educativas que envolvam os sujeitos na sua integralidade biopsicossocial e cultural, a abordagem educativa por meio de audiovisual revela-se opção facilitadora da educação em saúde. Supera a transmissão de informações, despertando nas pessoas o interesse em discutir, divulgar e ensinar o conhecimento adquirido (MORAES, 2008).

Vários autores que desenvolveram e utilizaram vídeos como instrumento mediador de ação educativa comprovaram a eficácia desse recurso na abordagem de medidas preventivas com o seu público-alvo. Dentre estes se destacam Rozemberg (1998), que desenvolveu vídeo abordando medidas preventivas para esquistossomose em áreas endêmicas; Medeiros; Nunes (2001), elaborou audiovisual para a redução da ansiedade em pacientes mastectomizadas; Boog *et al.* (2003) produziu vídeo com enfoque na educação nutricional entre adolescentes; Barbosa (2008) elaborou um vídeo para promover o apego seguro entre mães soropositivas e seus filhos; Katz *et al.* (2009) desenvolveu um vídeo para melhorar o conhecimento de pacientes sobre o rastreio do câncer colo-retal; Sousa (2010) desenvolveu, validou e implementou vídeo educativo para trabalhar a prevenção de DST/HIV/aids entre

mulheres em união estável; Anjos (2011) elaborou, validou e aplicou tecnologia educativa de apoio à prevenção do câncer do colo do útero; Joventino (2013) produziu vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Dessa forma, o vídeo, por ser uma tecnologia de educação de sinais eletrônicos, analógicos ou digitais que desperta interesse e, conseqüentemente, facilita o aprendizado (HOUAISS, 2009), configura-se uma importante ferramenta no processo de comunicação e contribui também para o processo educativo. A utilização de imagens que se apresentam em movimento faz com que a mensagem a ser compartilhada se aproxime ainda mais da realidade (BARBOSA, 2008; FARIAS, 2008; SOUSA, 2010).

No caso do vídeo, as imagens são relacionadas a enunciados que conferem um sentido simbólico e favorecem a aproximação com a realidade. A utilização de imagens possibilita o processo de identificação cultural dos sujeitos nas questões problematizadas em situações e apresenta o intuito educativo (GOMES, 2008).

O vídeo não é somente um conjunto de imagens em movimento associadas aos sons que favorecem a transmissão de mensagens, mas também permite estimular o desenvolvimento do conteúdo abordado por meio da problematização de enunciados que chamam a atenção dos participantes para assimilar o conhecimento, já que os sons e as imagens em movimento são recursos eficientes para a captação de informações (BARBOSA, 2008; SOUSA, 2010).

O vídeo é uma tecnologia que se classifica como um conjunto de saberes e fazeres relacionados a produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho. Configura-se como ferramenta para que os profissionais realizem ações de promoção da saúde junto à comunidade (NIETSCHE, 2000).

Como tecnologia vinculada à educação, o vídeo facilita a tomada de decisões e promove o cuidado, proporcionando aos sujeitos o desenvolvimento do pensamento crítico, a promoção da expressão e da comunicação e o favorecimento de uma visão ampliada da realidade na qual estão inseridos. Possibilita a integração de diferentes capacidades e amplia o acesso ao conhecimento (VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007).

O vídeo diferencia-se dos outros recursos tecnológicos por se tratar de um modelo que estimula a curiosidade das pessoas; possibilita a troca de experiência, de conhecimentos prévios, de pontos de vista diferentes; contextualiza o conhecimento; mantém a atenção e motiva o público; permite a obtenção de informações difíceis de serem adquiridas por outros meios e aumenta a eficácia da aprendizagem (CINELLI, 2003).

Uma das funções do vídeo é motivar e predispor ao aprendizado a partir do estímulo emocional. Na concepção moderna de educação a função motivadora de um modelo educativo leva em conta a importância dos estímulos emocionais e a evolução no processo didático. A motivação é uma ferramenta primordial para o êxito de um programa educativo, visto que representa a capacidade do sujeito ou do grupo de se sensibilizar para um determinado assunto ou temática. Provoca entusiasmo ou adesão, proporcionando um momento de reflexão ou, ainda, um estímulo ao trabalho ou à leitura (FARIAS, 2008).

O vídeo no contexto educativo facilita a compreensão por parte do receptor, pois:

O vídeo permite vivenciar o assunto; prende a atenção, fixa as imagens; as informações são melhor compreendidas, além de se tornarem menos cansativas que as palestras; o público demonstra maior interesse, assimila melhor e participa das discussões; as imagens chamam mais atenção do que alguém falando, o vídeo reforça aquilo que foi falado; os resultados são vistos de imediato; estimula, ilustra e reforça aspectos fundamentais de promoção e prevenção/diagnóstico; o estímulo visual permite maior atenção e aprendizagem; informa, conscientiza; é um recurso diferente, sai da rotina de um palestrante sozinho falando, motiva mais o participante a visualizar o tema abordado; atinge o público-alvo em pouco tempo com orientações simples e diretas; é ilustrativo, prático, provoca questionamentos e posterior avaliação; é um recurso que concentra a atenção das pessoas; geralmente coloca as questões de forma simples, de fácil compreensão, proporciona discussão, lança assunto para continuidade de diálogo; viabiliza repasse de informações para posterior aplicação prática; gera polêmica e estimula o debate; é uma ferramenta capaz de facilitar o processo de apreensão dos conteúdos (RIZZO, 2002, p.33).

Para que o conteúdo de uma proposta educativa possa atingir o público de maneira exitosa é necessário ser transmitido de maneira inteligente para prender a atenção e criar uma atmosfera de interesse. Dentre as várias estratégias utilizadas para desenvolver ações de educação em saúde junto à comunidade, o vídeo constitui-se uma excelente ferramenta, pois a informação transmitida por meio dele é mais rica se comparada com uma informação textual, posto que facilita a compreensão dos receptores e possibilita a aprendizagem por meio de um contexto de lazer e entretenimento (FARIAS, 2008).

Os recursos audiovisuais facilitam as ações de saúde, por meio da educação lúdica que envolve os participantes nas atividades. Favorecem o processo de ensino-aprendizagem e estimulam atitudes benéficas à saúde. Assim, a educação em saúde como campo de prática, conhecimento e atuação do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, encontra nas tecnologias educativas ferramentas essenciais para criar o vínculo entre as estratégias de saúde, o pensar e o fazer diário da comunidade, levando em consideração o senso comum da população. Logo, a educação em saúde, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004).

A dinâmica da educação em saúde configura-se como a aprendizagem sobre saúde e compreende a capacidade permanente ou à disposição de cada sujeito para promover a mudança, sendo a atividade principal de promoção da saúde. Tem a finalidade de desenvolver nos participantes do processo educativo a autonomia, a responsabilidade com sua saúde e da comunidade, além de se apresentar como prática social crítica e transformadora da realidade na qual os sujeitos vivem (NAIDDO; WILLS, 2010).

A inovação no conteúdo e na metodologia aplicada na ação educativa deve refletir novas formas de o público ler, escrever, pensar e agir acerca das vivências diárias. E, para amplo e bom uso das tecnologias pelos envolvidos no processo educativo, são necessários orientação, estímulo, vontade, liderança, comprometimento, compartilhamento de visões, planejamento e capacidade de assimilação das inovações (CAVALCANTE; VASCONCELOS, 2007). Em vista disso, o enfermeiro, na condição de educador em saúde, deve utilizar em suas ações educativas na comunidade recursos tecnológicos como o vídeo, pois o mesmo permite ultrapassar o processo clássico de transferência de informação e motivar o sujeito a refletir e buscar comportamentos saudáveis (COSTA *et al.*, 2004).

Nessa perspectiva, quando o enfermeiro busca implementar estratégias de educação em saúde junto aos adolescentes, as tecnologias educativas e audiovisuais são processos que, por meio das experiências cotidianas dos sujeitos, podem construir um conjunto de atividades que serão produzidas e controladas por estes, podendo ser vistas como saberes estruturados, sistematizados e com controle de cada passo do processo. A tecnologia, então, contribui para produzir conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos, a fim de transformar a utilização empírica em uma abordagem científica (GUBERT *et al.*, 2009).

A utilização de vídeo para subsidiar a educação em saúde com adolescentes precisa promover e facilitar a disseminação das informações de forma criativa, com linguagem atraente que combine imagens, sons e fala com o mínimo de texto escrito. Assim consegue, por essa interligação, apresentar ideias complexas de maneira mais compreensível do que a forma textual verbal e atingir o público por meio dos sentidos (GOMES, 2008).

Na atualidade, o trabalho de prevenção e controle de DST/HIV/aids junto aos adolescentes deve seguir as recomendações da Política Nacional de Prevenção. Um dos componentes primordiais dessa política se apoia nas ações de informação, educação e comunicação mediante a construção de materiais educativos como cartazes, manuais, *folders*, vídeos, cartilhas, livros-texto e adesivos. Esses recursos educativos possuem o objetivo de

difundir a informação acerca da prevenção dos agravos à saúde sexual e reprodutiva da população (BRASIL, 2006; BARBOSA, 2008).

Assim, é preciso refletir sobre o uso das tecnologias educativas como subsídio às ações de saúde junto aos adolescentes, levando-os a adotar a prevenção de DST/HIV/aids. O enfermeiro que atua na atenção à saúde desse público necessita romper com a abordagem meramente biológica e se voltar para trabalhar a sexualidade do adolescente numa perspectiva ampliada que considere a orientação sexual, as questões de gênero, o risco e as vulnerabilidades (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

As informações sobre a epidemiologia da aids publicadas pelo Ministério da Saúde em 2014 apontaram que a incidência de aids entre jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, é de 11,1/100.000 habitantes. Destaca-se que, desde o início da epidemia da aids, a incidência desse agravo entre os jovens de 15 a 24 anos manteve um crescimento progressivo, alcançando o pico entre os anos de 1993 e 1995, sendo que no ano 1996 a incidência de novos casos se estabilizou (BRASIL, 2014).

Nota-se que desde o surgimento da epidemia da aids ocorreu uma redução na razão dos casos entre homens e mulheres na faixa etária de 13 a 19 anos. No ano de 2013, a razão de sexo foi de 13 casos da doença em homens por 10 casos em mulheres. Vale frisar que entre 2000 e 2004 ocorreu significativa inversão nessa razão, passando para 0,9 casos entre os homens para cada caso em mulheres. É importante destacar que nos últimos 10 anos, ocorreu um aumento de 120% de casos de aids entre indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 13 a 19 anos (BRASIL, 2014). Em vista disso, é relevante o desenvolvimento de estratégias com enfoque na prevenção e que sejam mediadas pelo uso de recursos educativos.

Como enfermeiro integrante do projeto de pesquisa e extensão “Aids, Educação e Prevenção”, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), ambiente de reflexão sobre a problemática da aids entre adolescentes, teve-se a oportunidade de desenvolver a dissertação de mestrado em Enfermagem na promoção da saúde intitulada: *Educação em saúde com adolescentes em situação de rua visando à prevenção de DST/aids* (LUNA, 2011). Naquela oportunidade, elaborou-se um programa educativo norteado pela metodologia do Círculo de Cultura. Ao pesquisar as vivências dos adolescentes em situação de rua que os motivavam ao risco da infecção pelas DST/HIV/aids, constatou-se a necessidade de aprofundamento das estratégias educativas que focalizassem os riscos inerentes ao viver na rua, como também intensificassem o significado do sexo seguro, incentivando os adolescentes à mudança no comportamento e à adoção do uso do preservativo.

Os adolescentes em situação de rua que participaram do Círculo de Cultura desenvolvido durante a pesquisa supracitada revelaram que o viver em situação de rua era marcado pelo medo, pela violência, pela exploração sexual, pela sexualidade desinformada e pela prostituição. Além disso, revelaram o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas e, em consequência, a não adoção de preservativos em todas as relações sexuais, entre tantos outros riscos aos quais esses sujeitos se expõem no exercício de sua sexualidade. O acentuado despreparo para lidar com essa problemática deixa marcas indeléveis nesses adolescentes, além de outras agressões sofridas no campo físico ou psicossocial (LUNA, 2011).

O enfermeiro, ao assumir o compromisso de promover a saúde integral do adolescente em situação de rua, precisa planejar e executar intervenções que valorizem as capacidades e potencialidades do cuidar a partir de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. O assistir universal não deve perder de vista o cuidado como um ato de cidadania. Por isso, as intervenções devem se atrelar ao contexto cultural, social e familiar do adolescente, sendo competência do enfermeiro a articulação de estratégias que considerem as particularidades e especificidades presentes na realidade desses sujeitos (LUNA *et al.*, 2012; LUNA, 2011).

A investigação realizada ainda permitiu confirmar que os adolescentes em situação de rua se configuram como um grupo populacional vulnerável às DST/HIV/aids devido à dificuldade de acesso às informações adequadas e ao déficit de conhecimentos específicos para exercitar a tomada de consciência que os incentive a comportamentos seguros diante das práticas sexuais.

Considerando-se a necessidade atual de ações norteadas por um modelo inovador e prático visando à prevenção das DST/HIV/aids entre adolescentes, assim como a elaboração de estratégias de promoção da saúde que englobem um enfoque abrangente e eficaz dos cuidados para a prevenção desses agravos junto às populações mais vulneráveis, ressalta-se a produção de um vídeo que apresente uma abordagem que estimule a criticidade do público-alvo. Promover mudanças comportamentais e práticas desejáveis acerca da prevenção de DST/HIV/aids fortalece o incremento de estratégias de promoção da saúde que devem ser inseridas cada vez mais nas ações do setor saúde (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

As ações educativas desenvolvidas com adolescentes em situação de rua devem estar de acordo com as condições de vida dessa população. Desse modo, os adolescentes se sentirão motivados a participar de estratégias que lhes deem a oportunidade de escolha por comportamentos promotores da saúde. Lahtinen *et al.* (2005) afirmam que pesquisas na área da promoção da saúde devem incluir ações de mudança e/ou ações para criar oportunidades

de escolha e/ou ações para a adoção de mudanças, em qualquer nível, ou a combinação dos níveis do indivíduo para a sociedade.

Portanto, o enfermeiro na condição de educador em saúde apresenta importante papel na promoção da saúde e no combate às doenças, sobretudo às que podem ser prevenidas (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003), como as DST/HIV/aids. Consciente de que a educação para a saúde constitui-se fundamental componente para o trabalho da enfermagem na área da saúde pública, colaborando com a promoção, manutenção e adaptação aos efeitos dos agravos (RIBEIRO *et al.*, 2004), a proposta de estudo visa contribuir para que a enfermagem ultrapasse o processo clássico de transferência de informações, levando o indivíduo a refletir e se decidir pela adoção de práticas saudáveis (COSTA *et al.*, 2004), elevando, assim, a criticidade e a reflexão no intuito de promover uma efetiva mudança de comportamento frente à prevenção das DST/HIV/aids.

Diante do exposto, pressupõe-se: o vídeo educativo baseado na linguagem, relatos e cenas do cotidiano de adolescentes em situação de rua é uma tecnologia facilitadora da educação em saúde voltada a prevenção das DST/HIV/aids desse público-alvo.

Assim, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros da atenção básica, podem contar com esse recurso educativo para promover a saúde sexual dos adolescentes. O vídeo é um instrumento mediador de educação em saúde para potencializar ações de prevenção às DST/HIV/aids, permitindo a solidificação da prática interdisciplinar e multidisciplinar da enfermagem com vista à melhoria da assistência integral ao adolescente em situação de rua.

Afirma-se que o vídeo direcionado às vulnerabilidades do adolescente em situação de rua e formulado por meio de abordagem dialogal e reflexiva sobre os conflitos e problemas vividos por esse grupo fortalece a ação educativa baseada no compromisso com o outro. O intuito é gerar atitudes positivas no adolescente para a prevenção de DST/HIV/aids.

2 OBJETIVOS

“Os oprimidos não de ser o exemplo para si mesmos, na luta por sua redenção.” (Paulo Freire)

- Desenvolver um vídeo educativo, com informações voltadas à prevenção de DST/HIV/aids para adolescentes em situação de rua;
- Validar o conteúdo e as características técnicas do vídeo educativo com juízes das áreas de Enfermagem e de Comunicação;
- Avaliar as informações do vídeo educativo com os adolescentes em situação de rua.

3 APORTE TEÓRICO

“Sonho com o dia em que todos levantar-se-ão e compreenderão que foram feitos para viverem como irmãos.” (Nelson Mandela)

3.1 Risco, vulnerabilidade e resiliência do adolescente às Doenças Sexualmente Transmissíveis

Neste subcapítulo serão discorridos os aspectos que envolvem o risco, a vulnerabilidade e a resiliência do adolescente às DST/HIV/aids. Este tema é abrangente e engloba diferentes pontos na medida em que o adolescente vai desvelando a sexualidade.

O despertar dos hormônios põe o adolescente diante de um mundo multifacetado cheio de curiosidades e dúvidas que o colocam frente a frente à adoção de comportamentos de risco, os quais podem levá-lo à aquisição de DST/HIV/aids (MORRISON-BEEDY *et al.*, 2010).

A adolescência é a fase da vida estabelecida conforme o intervalo de idade e distinguida pelos anos do período escolar e do reconhecimento jurídico (SPRINTHALL; COLLINS, 2003; VILLELA; DORETO, 2006). Adolescente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010), é o sujeito que está na faixa etária concentrada entre os 10 e 19 anos, e/ou entre 12 e 18 anos, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2007).

Essa etapa da vida humana é marcada por profundas transformações no âmbito biológico, psicológico, social e emocional. Tais alterações podem aumentar a vulnerabilidade do adolescente aos diversos riscos à saúde, como práticas sexuais desprotegidas que o expõem às DST/aids; uso de álcool e outras drogas; violência; e prostituição, entre outros (TOLEDO, 2008; BARBOSA *et al.*, 2010).

Em relação às mudanças físicas e biológicas ocorridas na adolescência, destacam-se as alterações hormonais e o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários, que deixam o adolescente com o corpo mais parecido com o do adulto (WONG, 2011). As mudanças no aspecto psicológico produzem repercussões e consequências significativas na vida desse sujeito, pois o aflorar de sentimentos e sensações distintas, como atos inconsequentes e ousados movidos pela curiosidade, aumentam sua vulnerabilidade (MENEZES; DOMINGUES, 2004).

É na adolescência que ocorre a formação da identidade sexual do sujeito. É uma fase cercada de expectativas sexuais intensificadas que contribuem para a consolidação da identidade sexual, pois nessa fase o desejo sexual está aguçado em decorrência dos hormônios. O envolvimento sexual é muito presente, sendo necessário conhecer efetivamente o desenvolvimento da sua identidade sexual (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000; BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

O primeiro envolvimento sexual do sujeito ocorre na adolescência, motivado pelas manifestações sexuais aguçadas, pelo interesse em satisfazer os impulsos sexuais, pela curiosidade e pela vontade de conhecer o outro. A primeira relação sexual do adolescente é concebida como uma conquista ou amadurecimento. Essa concepção, muitas vezes, contribui para o início precoce da vida sexual, pois devido à falta de amadurecimento alguns adolescentes não suportam a pressão exercida pelos pares e, pela desinformação, desenvolvem práticas sexuais desprotegidas que aumentam a vulnerabilidade às DST/HIV/aids (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN, 2006).

A vulnerabilidade do adolescente em relação às DST/HIV/aids está relacionada às características pessoais como cognição, afeto e psiquismo. Interage com as estruturas sociais de desigualdade de gênero, raça e classe (VILLELA; DORETO, 2006).

A adolescência constitui-se período de vulnerabilidade, em decorrência das rápidas transformações que a caracterizam, como puberdade, evolução da sexualidade, afastamento progressivo dos pais, atitudes reivindicatórias, contestações e percepções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente (CEZIMBRA, 2008).

A vulnerabilidade do adolescente às DST/HIV/aids deve ser avaliada a partir de três planos básicos: comportamental; institucional; e social. As intervenções realizadas em um plano acarretam resultados em outro, pois eles não são estáticos. Existe uma inter-relação dos mesmos e um influencia o outro (TOLEDO, 2008).

No plano individual, a avaliação da vulnerabilidade do adolescente às DST/HIV/aids move-se, necessariamente, através da atitude e do comportamento desse sujeito em criar oportunidades de se infectar pelo HIV. Esse plano de vulnerabilidade se ocupa tanto da dimensão cognitiva quanto comportamental do adolescente e envolve valores, conhecimentos, redes e suportes de apoio social, família, escola e pares, dentre outros (MANN *et al.*, 1998; AYRES, 2006).

A análise da vulnerabilidade dos adolescentes no plano institucional se caracteriza pela conexão do plano individual com o social. Refere-se à existência ou não de ações dos

serviços que elaborem mecanismos para o enfrentamento dos problemas relacionados às DST/HIV/aids (AYRES, 2006; TOLEDO, 2008).

Nesse plano, aspectos como políticas específicas para o adolescente, envolvimento e participação do adolescente no planejamento e avaliação das ações voltadas para eles, facilidade do acesso aos serviços de saúde, ações multidisciplinares com enfoque na integração da prevenção de doenças, promoção e proteção da saúde, dentre outros, constituem-se mecanismos de favorecimento para a redução da sua vulnerabilidade no campo programático. A avaliação da vulnerabilidade do adolescente nesse foco se dá em relação às respostas alcançadas por meio dos programas e das estratégias educativas de prevenção das DST e da aids (AYRES, 2006; 2008; 2010).

No que se refere ao campo social, à análise de vulnerabilidade do adolescente consiste na avaliação das diferentes possibilidades de os sujeitos obterem informações efetivas e se apropriar delas. A vulnerabilidade do adolescente nesse campo se refere ao reconhecimento de referências culturais, relações de gênero, estigma, discriminação, pobreza, acesso à saúde e à educação, entre outros que influenciam diretamente na capacidade de redução da vulnerabilidade do adolescente ao HIV (GIRÃO JÚNIOR, 2007).

A literatura nacional e internacional comprova que os modelos hegemônicos de comportamento de gênero são responsáveis por atitudes que colaboram para aumentar o risco à saúde do adolescente tanto do sexo masculino quanto do feminino, assim como o uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

O desvendar da rede de significados que dão formas às experiências humanas e compõem um quadro de referência para a vida do sujeito consiste em um aspecto importante para a compreensão da vulnerabilidade social do adolescente às DST/HIV/aids (LOFORTE, 2003; TOLEDO, 2008).

Atualmente, a incidência das DST/HIV/aids na adolescência vem aumentando consideravelmente. Esse fato é motivado pelo início cada vez mais precoce de práticas sexuais desenvolvidas cercadas pela desinformação e falta do uso do preservativo. Caracteriza-se como fonte de preocupação para os órgãos e serviços de saúde que trabalham com a questão da prevenção de DST/HIV/aids em adolescentes e jovens (GUBERT *et al.*, 2009; LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2012; FERREIRA, 2014).

O perfil epidemiológico da aids, no Brasil e no mundo, mostra que existe maior prevalência da doença entre os adolescentes e jovens, e que a incidência das infecções pelo HIV/aids é maior na faixa etária de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, além da pauperização. A doença mostra que os baixos níveis de escolaridade e outras características socioeconômicas

estão associados ao aumento das infecções dos adolescentes e jovens brasileiros pelas DST/HIV/aids (BRASIL, 2014).

No mundo, estima-se que aproximadamente 11,8 milhões de jovens na faixa etária de 15 a 24 anos vivem com o HIV/aids. No Brasil, aproximadamente a metade das novas infecções pelo HIV ocorre entre adolescentes e jovens que se encontram na faixa etária de 15 a 24 anos (BRASIL, 2014).

Logo, a vulnerabilidade do adolescente às DST/HIV/aids aumenta em consequência de fatores biológicos, psíquicos e sociais. Além disso, a baixa idade da menarca leva à precocidade das práticas sexuais desprotegidas, aumentando a probabilidade de infecção (AMARAL *et al.*, 2006; SILVA, 2009; GUBERT *et al.*, 2009).

A busca de novas sensações e a definição da identidade sexual, com experimentação e variação de parceiros, expõem os adolescentes ao risco. Os adolescentes agem sem prever as consequências, muitas vezes motivados pela sensação de invulnerabilidade tão peculiar nessa etapa da vida (SILVA, 2009).

Para o entendimento dos aspectos que envolvem a vulnerabilidade do adolescente às DST/HIV/aids precisa-se entender que vulnerável é o ponto pelo qual alguém ou algo pode ser atacado (FERREIRA, 2010). A vulnerabilidade é definida como pouca ou nenhuma capacidade de o sujeito ou grupo social decidir sobre sua situação de risco (BRASIL, 2010a). Assim, a vulnerabilidade vista isoladamente não caracteriza o ser/estar vulnerável, pois não expõe o motivo dessa condição do sujeito ou do grupo (RECUERO, 2008).

Na tentativa de esclarecer o conceito de vulnerabilidade, Mann (1993, p. 275); Seffner (1998, p. 2), afirmam “Ao enfrentar a epidemia do HIV/aids, as pessoas muitas vezes reagem distanciando-se do problema. Muitos acreditam que hoje, e mesmo amanhã, o risco de tornar-se soropositivo ou de ter familiar e/ou amigo infectado pode ser essencialmente zero [...]”.

O adolescente, ao entender o processo de transmissão das DST/HIV/aids e se posicionar diante dele, compreende o risco a que está exposto de acordo com a adoção de determinadas atitudes e comportamentos.

Estudo realizado com adolescentes envolvidas em práticas sexuais desprotegidas detectou que as adolescentes acreditam que o estabelecimento de uma relação monogâmica constitui estratégia confiável e eficaz para protegê-las de DST/HIV/aids (CANAVARRO; PEREIRA; MORGANO, 2003).

Associado a esse fato, o referido estudo evidenciou que a desinformação contribui de forma significativa para que essas adolescentes entendam a doença como algo distante

delas e, em consequência, considerem a confiança nos seus parceiros como comportamento seguro e efetivo para a prevenção dessas enfermidades.

Logo, infere-se que a vulnerabilidade do adolescente depende de vários fatores, entre eles o entendimento da doença, o contexto de inserção do adolescente, a percepção de risco que este possui, além de crenças, valores, autoestima, acesso aos serviços de saúde, redes de apoio, entre outros aspectos (RECUERO, 2008).

Para melhor compreender o risco, a vulnerabilidade e os mecanismos de proteção do adolescente às DST/HIV/aids é importante entender as definições e os conceitos teóricos de resiliência. Em busca da história conceitual do termo resiliência, verificou-se que o mesmo advém da física e se trata de “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (FERREIRA, 2012, p. 1493).

Nos últimos anos o uso desse termo tem sido recorrente nas pesquisas sociais e de saúde. Estudos de intervenção com crianças, adolescentes e jovens estão sendo orientados por esse conceito (GIRÃO JÚNIOR, 2007).

A resiliência na aplicação aos seres humanos, especificamente na saúde, não implica o retorno ao estado anterior, mas a superação ou adaptação do sujeito às dificuldades consideradas como risco. Ser ou estar resiliente, portanto, é a capacidade do sujeito de construir novos caminhos e processos subjetivos de enfrentamento das situações estressantes e/ou traumáticas (LINDSTROM, 2001).

O conceito de resiliência se fundamenta numa diversidade de áreas do conhecimento como sociologia, psicologia, educação e psiquiatria, entre outras. Na psicologia, resiliência implica a capacidade humana de superar as intempéries do cotidiano e ser fortalecido por elas, no âmbito psíquico e social (GROTBERG, 1999). Assim, resiliente é o sujeito que consegue superar as adversidades e encontra alternativas para conviver e aprender com elas, não implicando necessariamente a eliminação das adversidades (CARVALHO, 2004).

A definição de resiliência contida no *Longman Dictionary of contemporary English* (2003, p 341) “é a habilidade de voltar rapidamente para o usual estado de saúde ou de espírito após situação da doença ou da eminência dela”.

Estudo realizado com famílias que vivenciam intensamente a exclusão social define resiliência como o conjunto de fatores positivos para promover a qualidade de vida de pessoas e grupos (CECCONELLO, 2002).

A resiliência como práxis é o patrimônio relacional e circunstancial que os sujeitos constroem e que os tornam fortes diante das experiências traumáticas provenientes do sofrimento emocional e da exclusão social (CHIESA, 2005).

A capacidade de fortalecimento dos sujeitos como categoria práxica (teoria e prática) do conceito de resiliência baseia-se nas ações de promoção de saúde que visam resgatar os direitos sociais das pessoas por meio da valorização do diálogo entre os envolvidos, exercitando nas atividades individuais e/ou grupos a tolerância e o respeito pelas diferenças (GIRÃO JÚNIOR, 2007).

Na dualidade entre vulnerabilidade e proteção surge a definição de resiliência, pois a vulnerabilidade é uma dimensão contínua do comportamento que se fundamenta na adaptação exitosa ou não frente às situações estressantes e precárias das relações sociais e interpessoais, enquanto a proteção se move pelas influências que modificam e melhoram as respostas do sujeito ao risco (KOTLIARENCO; CACERES; FONTECILLIA, 1997).

Devido às razões de várias ordens e determinações, as causas etiológicas mais frequentes de DST em adolescentes no mundo traduzem formas de consciência individual e coletiva, responsáveis por condutas, valores e ações concretas que costumam colocar esse grupo em situação de maior risco à saúde. Frente a isso, os adolescentes podem adotar estratégias específicas para o enfrentamento dos fatores estruturais e estruturantes de sua vulnerabilidade (GIRÃO JÚNIOR, 2007).

Atualmente, vem crescendo o interesse de pesquisadores em desenvolver estudos no âmbito da promoção da saúde e prevenção das DST/HIV/aids com adolescentes. Esse crescente interesse tem possibilitado o surgimento de valiosas pesquisas que vêm propiciando a ampliação da definição de riscos e enfatizam o fator positivo da mobilização do adolescente para ajudá-lo a superar as adversidades vividas no cotidiano. Ocasionalmente, também, a melhoria na qualidade de vida desse grupo a partir de programas e estratégias sistematicamente elaboradas que promovem e recuperam o bem-estar e despertam condutas que desenvolvem e fortalecem a sua resiliência (ASSIS, 2004; LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2012).

Por meio dos conceitos e definições teóricas de resiliência apresentados, é oportuno afirmar que os adolescentes enfrentam dificuldades na elaboração e formulação coletiva de enfrentamento de suas vulnerabilidades, ou seja, de se tornarem resilientes.

No processo de busca de adaptação surgem os fatores de proteção que se referem às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de inadaptação. Por sua vez, esses fatores exercem papel fundamental, uma vez que são eles os responsáveis por diminuir a probabilidade de resultados negativos ou indesejáveis

acontecerem diante da presença do risco (YUNES; SZYMANSKY, 2001; TAVARES, 2001; CARVALHO *et al.*, 2007).

Os fatores de proteção podem ser classificados em dois grupos: pessoais e recursos do ambiente (GORE; ECKENRODE, 1996). De acordo com os pioneiros no estudo da resiliência, os fatores de proteção se subdividem em três classes: os atributos de disposição das pessoas; os laços afetivos no sistema familiar e/ou em outros contextos que ofereçam suporte emocional em momentos de estresse, e os sistemas de suporte social, seja na escola, no trabalho, nos centros religiosos, seja no serviço de saúde, que propiciem competência e determinação individual e um sistema de crenças para a vida (MASTEN; GARMEZY, 1985).

É preciso enfatizar que o adolescente se torna ainda mais vulnerável às DST/HIV/aids quando os mesmos não possuem informações adequadas sobre prevenção, orientações ao não uso de álcool e outras drogas, ausência de rede de apoio familiar e social em que possam confiar, informações precisas quanto ao uso correto e frequente do preservativo em todas as práticas sexuais, e o não desenvolvimento da capacidade de negociação do uso da camisinha, que muitas vezes encontra barreiras devido às questões de gênero muito fortes em nossa cultura (NEIVA-SILVA, 2008; LUNA, 2011).

É salutar afirmar que a existência de outros fatores podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DST/HIV/aids. Dentre eles destacam-se os aspectos culturais relacionados às questões de gênero; as condições socioeconômicas escassas, como baixa escolarização, desemprego e falta de perspectivas; a violação dos direitos humanos e o rompimento da estrutura familiar. Não se pode desconsiderar, também, os aspectos vinculados à qualidade do serviço oferecido a esse adolescente, como a discriminação por parte dos profissionais, o acesso aos serviços, a descontinuidade das ações preventivas e as dificuldades da integração dos serviços e do planejamento das ações (TOLEDO, 2008).

Com base nos aspectos conceituais e definições sobre risco, vulnerabilidade e resiliência propostos neste capítulo, associando-os com as diversas alterações decorrentes da adolescência, conclui-se que o adolecer é uma fase da vida altamente susceptível às DST/HIV/aids. O adolescente, ao vivenciar as diversas situações estressante e/ou traumáticas, atreladas às mudanças peculiares dessa etapa da vida, torna-se mais exposto a práticas de risco à saúde sexual e reprodutiva.

Percebe-se, ainda, maior risco no adolescente drogadicto, vítima de violência, em conflito com a lei, institucionalizado ou em acolhimento, vivendo em exclusão social e/ou em situação de rua. No caso deste último, foco deste estudo, tornam-se ainda mais susceptíveis à infecção das DST/HIV/aids por serem sujeitos expostos a todo tipo de risco e por vivenciarem

múltiplas situações de violência, discriminação, prostituição e uso abusivo de álcool e outras drogas, o que contribui significativamente para que esse grupo em específico não adote o uso do preservativo em todas as práticas sexuais, motivado, ainda, pela baixa escolaridade (LUNA, 2011).

3.2 Política Nacional de Prevenção às DST/HIV/aids e sua interface com a Enfermagem

Neste subcapítulo traçou-se uma breve análise da Política Nacional de Prevenção de DST/HIV/aids e o papel desenvolvido pelo enfermeiro nas ações de promoção da saúde junto ao adolescente.

Para promover uma efetiva aproximação com a temática inicia-se com uma rápida explanação do significado de Política Pública. Ao conceituar política pública é necessário compreender o sentido da terminologia “pública”. Então, utilizam-se os ensinamentos de Pereira (1994, p.24):

O termo público, associado à política, não é uma referência exclusiva do Estado, como muitos pensam, mas sim a coisa pública, ou seja, de todos sob a égide de uma mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesse [...]. A política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas que afetam a todos.

Logo, as políticas públicas são ações regulamentadas pelo Estado, tendo como ponto de partida o âmbito privado. As políticas se tornam públicas pelo aspecto de universalidade que assumem (Cunha; Cunha, 2003). Portanto, público diz respeito ao direito de todos, deslocando seu ângulo para a esfera coletiva (RECUERO, 2008).

Pereira (1994); Degennszajh (2000, p.59); Carvalho (2003, p. 23) descrevem políticas públicas como:

Linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta as demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

Portanto, infere-se que “as políticas públicas são decisões de Estado resultantes do esforço de buscar soluções dos problemas enfrentados pelas pessoas e comunidades” (LUSTOSA, 2005, p.1).

As políticas públicas têm sua origem nas demandas que surgem no seio da comunidade. Estas são provocadas pelo conflito entre os diversos atores sociais que exigem do poder público uma ação concreta e efetiva para sanar as necessidades da comunidade. Nem

sempre a resolução desse conflito leva à criação de uma política saneadora. Para isso acontecer a demanda e o interesse dos atores sociais precisam ser incluídos na agenda pública (RECUERO, 2008).

O planejamento de uma política pública que vise a atender a necessidade da coletividade exige a mobilização e a participação de diversos atores sociais. No que se trata da elaboração da Política Nacional de Prevenção das DST/HIV/aids, o Ministério da Saúde convidou diversos atores sociais e representantes da sociedade civil organizada e técnicos do governo para que, a partir da troca de ideias e experiências, pudessem pensar um conjunto de estratégias para atender as necessidades do público-alvo das ações de prevenção (BRASIL, 2006).

A política, como instrumento de promoção e emancipação dos sujeitos, deve adotar procedimentos que atuem de modo favorável à construção de capacidades para promover a cidadania (RECUERO, 2008).

Assim:

Trocar ideias e experiências pode ajudar pensar sobre as estratégias e as finalidades da construção de políticas públicas. Afinal, essas ideias e práticas a serem construídas e, ao mesmo tempo, os reflexos de antigas políticas, impregnadas em nossa cultura, em nossas maneiras de pensar e agir (VALADÃO, 2003, p. 203).

O Programa Nacional de Prevenção de DST/HIV/aids desenvolvido pelo Ministério da Saúde é fundamentado em requisitos que favorecem o delineamento de ações que possibilitam ao sujeito e à comunidade a adoção de comportamentos seguros frente aos agravos à saúde sexual, além da diversificação e da ampliação dos serviços de assistência e prevenção às DST/HIV/aids (BRASIL, 2006).

Para que esses objetivos fossem alcançados, a Política Nacional de Prevenção traçou linhas estratégicas que servem de marcos orientadores para as ações dos profissionais que trabalham a prevenção das DST/HIV/aids diretamente com as populações de maior vulnerabilidade e risco a esses agravos.

As principais linhas estratégicas do programa de prevenção às DST e aids do Ministério da Saúde estão descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Linhas estratégicas do Programa de Prevenção às DST/HIV/aids do Ministério da Saúde.

| |
|--|
| Promover mudanças de comportamento por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção, bem como a percepção de risco. |
| Estabelecer modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais quanto à tomada de consciência referente à situação de vulnerabilidade e risco, considerando os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos. |
| Priorizar o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em <i>peer education</i> e <i>outreach work</i> (trabalhos em pares e agentes comunitários de saúde), revelando as mudanças de práticas, atitudes e crenças em relação as DST/aids. |
| Fortalecer redes sociais objetivando atingir as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que deem suporte aos grupos envolvidos, criando alternativas para o enfrentamento da epidemia. |
| Ampliar as ações de prevenção, por meio de parcerias com organizações não governamentais, associações comunitárias e de classe. |
| Promover a criação de mecanismo institucionais para expandir a participação do setor empresarial e das empresas privadas e de outros agentes sociais na luta contra a aids. |

Fonte: Programa Nacional de Prevenção de DST e aids (BRASIL, 2006).

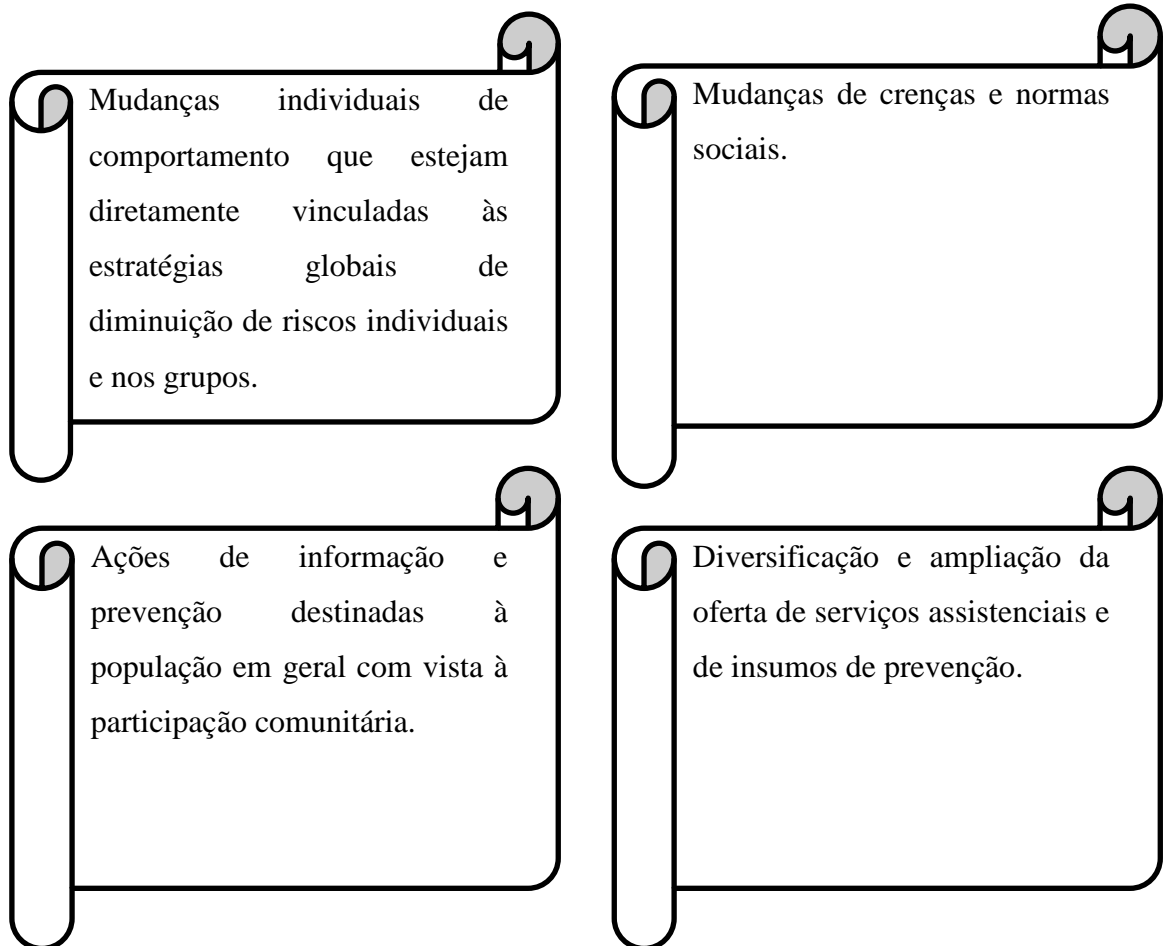
A Política Nacional de Prevenção foi elaborada a partir da avaliação das peculiaridades da epidemia da aids entre os segmentos populacionais delimitados por meio de suas características de risco e vulnerabilidade para a epidemia (BRASIL, 2006).

No texto da política de prevenção, o risco é definido pela exposição do sujeito ou grupo a determinados contextos que envolvem comportamentos, modo de vida, opção sexual e aspectos culturais e sociais relacionados à construção e representação da sexualidade e do uso de álcool e outras drogas em determinada comunidade (RECUERO, 2008).

Dependendo desses aspectos, os sujeitos e grupos se tornam mais ou menos vulneráveis aos agravos à saúde. Com vista a contemplar esses aspectos, o Ministério da Saúde do Brasil (2006) compreende como essencial a execução de um programa que tenha a finalidade de efetivar a promoção de mudanças de comportamentos nos sujeitos, e que estes

sejam capazes de se manter estáveis. Essa política requer os seguintes aspectos apresentados na figura 1:

Figura 1 - Aspectos contemplados na Política de Prevenção as DST/HIV/aids do Ministério da Saúde.



Fonte: Elaboração do autor.

Para que a política de prevenção seja plenamente contemplada, esta precisa despertar no sujeito o interesse e a necessidade de se sentir parte do processo, favorecendo o protagonismo e fortalecendo a colaboração deste com os cuidados em saúde individuais e coletivos (RECUERO, 2008).

No intuito de contemplar esses aspectos foram formulados os princípios e as diretrizes, descritos no quadro a seguir, do programa de prevenção de DST e aids do Ministério da Saúde.

Quadro 2 - Princípios e diretrizes norteadores da política brasileira de prevenção às DST/HIV/aids, Ministério da Saúde.

| |
|--|
| Atitudes de solidariedade, não preconceitos e não discriminação referentes às pessoas que vivem com HIV/aids; |
| Acesso à rede e disponibilização de insumos de prevenção, especialmente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas, seringas e materiais educativos; |
| Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde; |
| Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere a prevenção, promoção e educação em saúde. |

Fonte: Programa Nacional de Prevenção de DST e aids (BRASIL, 2006).

Esse conjunto de medidas tem o apoio das ações de intervenção com vista à redução do impacto das DST e aids sobre os segmentos da população mais susceptíveis, como também o acolhimento dos sujeitos vivendo com o HIV/aids (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Prevenção de DST e aids delineada pelo Ministério da Saúde não contempla somente os sujeitos “vulneráveis”, mas também visa a assistir os não “susceptíveis”. Ademais, ela contempla os infectados pelo vírus e possibilita a prevenção de novas contaminações, além de promover o acesso a essas pessoas à assistência necessária para favorecer uma qualidade de vida digna ao portador do HIV/aids (RECUERO, 2008).

Estudo desenvolvido enfocando o tema “Jovens e adolescentes em tempo de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção”, afirma que o programa brasileiro de prevenção de DST e aids em suas iniciativas apresentou o desafio de articular a prevenção do HIV com os grupos mais vulneráveis atrelando-os à assistência ao portador com garantia e proteção de seus direitos. Ainda de acordo com as reflexões deste estudo, na caminhada do programa de prevenção do Brasil a ação das Organizações Não Governamentais (ONG) se tornou presente e com fundamental importância para a garantia dos direitos dos cidadãos (PAIVA, 2002).

De acordo com a referida autora, desse ativismo ocorreu o reconhecimento público de que os direitos do portador do HIV deveriam ser preservados para evitar “a morte civil” desse sujeito. Portanto, a partir desse fato o programa e as ações de controle da doença em todos os âmbitos do governo brasileiro passaram a ter caráter eminentemente de promoção

e não discriminação, enfatizando a ideia de que o HIV pode atingir a todos. Isso fez com que o estigma de grupo de risco ou comportamento de risco fosse abandonado.

Com isso:

A sexualidade a ser abordada é a de todos, como se todos fôssemos iguados pelas mesmas práticas, em considerar que práticas sexuais, sem seus sentidos particulares em cada cena sexual, em cada contexto sociocultural, não existe (PAIVA, 2000; 2002, p.28).

A Política Nacional de Prevenção de DST e aids visa contemplar a população em geral e os grupos de maior vulnerabilidade para as DST/HIV/aids. As diretrizes para as mudanças de comportamento se dão por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco; o estabelecimento de modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais quanto à tomada de consciência em relação à sua situação de vulnerabilidade e risco. Devem-se levar em conta os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos (BRASIL, 2006).

Ao traçar uma análise da política pública de prevenção de DST e aids destinada à população do Brasil, é oportuno ressaltar, também, que no Brasil, anteriormente à criação da política de prevenção das DST/HIV/aids, foram criadas políticas específicas e direcionadas para a promoção da saúde do adolescente. Estas influenciaram diretamente no planejamento estratégico das ações desenvolvidas pelo Programa de Prevenção às DST/aids com foco no público adolescente e jovem. Dentre estas, citam-se o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), oficializado em 1988, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), publicado em 1990.

A implantação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) trouxe importantes contribuições para o planejamento de intervenções voltadas para os adolescentes e os jovens. Oferecem subsídios para a melhoria da assistência à saúde desses sujeitos e se caracterizam como marcos de evolução em relação à implementação de políticas de proteção e assistência a crianças e adolescentes no nosso País (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi umas das primeiras iniciativas na área de saúde voltada para a saúde do adolescente. Esse programa ensejou, anos depois, precisamente em 1999, a criação da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde. Essa nova área tinha por função a articulação dos diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que lidam com questões

relativas a adolescência e juventude, em decorrência da percepção da necessidade de uma política nacional integrada de atenção específica aos sujeitos de 10 a 24 anos de idade (SPOSITO; CARRANO, 2003; BRASIL, 2005).

O PROSAD, além de responsável pelo desenvolvimento de atividades relacionadas com a promoção da saúde dos adolescentes e estudos temáticos, tinha a preocupação expressa em contribuir com atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais, com vista à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 1993; SPOSITO; CARRANO, 2003; BRASIL, 2005).

O principal propósito do Ministério da Saúde ao criar o PROSAD foi desenvolver um trabalho especializado com os adolescentes, ampliando o acesso e aumentando a adesão aos serviços de saúde, visando atender às especificidades dessa faixa etária com a atenção especialmente voltada aos aspectos preventivos (BRASIL, 2010b).

Com a implantação do PROSAD os gestores em saúde começaram a entender a importância da presença de profissionais de saúde com disponibilidade para prestar assistência aos adolescentes. Esse profissional deveria ser treinado para a aquisição de conhecimentos sobre como trabalhar temas como educação sexual e prevenção das DST/HIV/aids. Sendo o espaço escolar essencial para a atuação junto aos adolescentes (GUIMARÃES; ALVES; VIEIRA, 2004).

As ações voltadas para a prevenção das DST/HIV/aids junto à adolescência se intensificaram no País após a ativação do PROSAD, pois as unidades de saúde foram incentivadas a criar espaços apropriados e acolhedores para os adolescentes, permitindo um atendimento diferenciado para esse público (HORA *et al.*, 2008).

A proposta do PROSAD foi intervir junto aos adolescentes para que os mesmos se sintam confortáveis, ajudando-os e respeitando-os para que possam confiar seus medos e dúvidas. Isso rompe com o fato de a maioria dos adolescentes que procuram a unidade de saúde se sentirem envergonhados, com medo de serem repreendidos ou intimidados pela figura profissional, o que faz da atitude de procurar a unidade de saúde um ato difícil que necessita de certa coragem (BORGES; FUJIMORI, 2009).

Percebe-se que a criação do PROSAD possibilitou assistir o adolescente de maneira integral, com participação de outros setores, promovendo a saúde e a prevenção de agravos nesse público de forma holística, multissetorial e interdisciplinar. A atuação da enfermagem na prevenção de doenças e na promoção da saúde do adolescente começou a

exigir desses profissionais uma maior participação na resolução dos problemas relacionados ao acompanhamento, à orientação e à educação sobre sexualidade (BRASIL, 2002a).

Ressalta-se que muitas intervenções desenvolvidas pelo PROSAD com o propósito de promover a saúde dos adolescentes e jovens não apresentaram o êxito esperado devido ao foco estreito e à desarticulação das iniciativas governamentais. Além disso, houve pouca participação de adolescentes e jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das ações provenientes da política pública (SPOSITO; CARRANO, 2003).

Por outro lado, no que se refere ao âmbito de uma concepção ampliada de direitos, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei Federal nº 8.069), promulgado em 13 de julho de 1990. É uma política que contribui para o nascimento de novas percepções em torno dos direitos e dos deveres de crianças e adolescentes brasileiros.

Esse suporte institucional surgiu a partir de uma concepção democrática da necessidade de criação de uma política de defesa de adolescentes e jovens como sujeitos de direitos. O estatuto legal traz em seu bojo uma nova concepção de direitos. Sob esse ponto de vista as lutas sociais em torno dos direitos de crianças e adolescentes ofereceram novos caminhos para a efetivação das políticas públicas, construindo uma imagem positiva em torno de ações destinadas a esse público (RUA, 1990; SPOSITO; CARRANO, 2003b).

Proveniente das conquistas dos últimos anos, fruto das políticas criadas nas décadas de 1980 e 1990, direcionadas à prevenção de doenças e à promoção e proteção da saúde integral do adolescente, em 2007 o governo brasileiro, por meio da área técnica de atenção à saúde do adolescente do Ministério da Saúde, publicou o Manual de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Esse suporte teve como objetivo principal fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendessem os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa (BRASIL, 2010c).

Por meio da publicação das orientações contidas no referido documento criou-se, em 2007, Programa Saúde na Escola (PSE), que objetiva oferecer um leque de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, a partir da parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação. Fortaleceram-se, assim, as ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no espaço escolar (BRASIL, 2009a).

A influência do PSE pode ser destacada em relação à ênfase dada ao espaço escolar na prevenção do uso de drogas, do comportamento violento e da contaminação de DST/HIV/aids. A importância da escola nas ações de prevenção de doenças e promoção da

saúde havia sido evidenciada no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que foi lançado em 2003 (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Prevenção às DST/HIV/aids destaca a importância do envolvimento de diversos setores governamentais – como educação, no caso da escola, instituições de pesquisa, áreas econômica e social, forças armadas, setor judiciário. E também de setores não governamentais – religiosos, organizações de pessoas afetadas por (e vivendo com) HIV/aids, organizações de movimentos sociais, empresariado e organismos internacionais (BRASIL, 1999).

Resgatando a história da epidemia da aids no Brasil, pode-se considerar que a mesma foi dividida em três fases: a primeira, caracterizada pela transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, perpassa o conceito de "grupo de risco"; a segunda, que amplia o olhar sobre a exposição ao vírus, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por prática heterossexual, perpassa o conceito de "comportamento de risco"; e, por fim, a terceira, que caracteriza a susceptibilidade das pessoas ao vírus, exige o conceito de "vulnerabilidade" (BRASIL, 2006).

Dessa forma, após a implantação da política de prevenção as ações dos serviços de saúde foram dirigidas a contemplar as demandas da terceira fase da epidemia. As intervenções se voltam para os sujeitos, os grupos específicos e a população em geral, considerando os aspectos relacionados à situação de risco e à vulnerabilidade.

Vale ressaltar que com a publicação da Política Nacional de Prevenção, no final dos anos 1990, a cultura e a relação de gênero foram os aspectos mais abordados pelas ações dos serviços de saúde. Isso se encontra fundamentado na premissa de que as questões de gênero fazem parte das teorias estruturais e constituem um sistema complexo de relações pessoais e sociais de dominação e poder. As desigualdades entre homens e mulheres podem determinar situações de risco e aumentar a vulnerabilidade às DST/HIV/aids (BRASIL, 1999; 2006).

Com base nos aspectos analisados nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Prevenção de DST/HIV/aids e dos demais programas voltados à promoção e proteção da saúde sexual do adolescente, pode-se afirmar que a vulnerabilidade com enfoque nos aspectos culturais deve ser o principal foco das ações dos serviços de saúde direcionadas a esse público de forma geral.

Diante disso, a execução de estratégias de prevenção de DST/HIV/aids na Estratégia Saúde da Família convida os profissionais a estabelecer a adequação de

intervenções e/ou readequações das políticas públicas existentes há quase duas décadas para os adolescentes, numa perspectiva de atenção integral, intersetorial e equânime.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem implementando um novo modelo de assistência à saúde das populações e de mudanças das práticas profissionais, provocando o redirecionamento das ações programáticas até então instituídas para os grupos de maior vulnerabilidade, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde (MENDES, 2011).

O profissional de saúde, em especial o enfermeiro que atua na atenção básica com a prevenção de DST/HIV/aids com adolescentes, necessita estar preparado para a apreensão do quadro das vulnerabilidades presentes nessa etapa da vida, inclusive compreender a:

[...] dimensão do concreto da vida do adolescente no processo saúde-doença, subsidiando a prática educativa de alcance coletivo em educação, em saúde e dando conta das várias formas de relação dos adolescentes nas esferas da vida nas cidades, da cultura, do trabalho, da instituição educacional, das relações familiares, da sexualidade, do lazer e da Constituição Brasileira (PERES; ROSENBERG, 1998, p. 83).

Nesse cenário, as ações programáticas, preventivas e de intervenção junto aos adolescentes, desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, focaram sobretudo na não adoção de práticas seguras relacionadas à sexualidade pelos adolescentes. As dificuldades encontradas no agendamento de atividades causam frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois os esforços parecem ser em vão. Na verdade, o adolescente:

[...] ainda experimenta integrar a dimensão cronológica de tempo com as nossas práticas [...] tornando-se num processo de aprendizagem [...] exigindo da equipe um alto grau de plasticidade, criatividade e autoridade para que aproveite suas presenças ao máximo, pois não tem a garantia do próximo encontro e da continuidade deste processo (ABDUCH, 1999, p. 297).

A literatura científica sobre as atividades de prevenção desenvolvidas pelos enfermeiros nas ações de atenção à saúde do adolescente, anteriores à implantação da Política Pública de Prevenção e do PROSAD, verificou-se que a qualidade das ações e os resultados eram negativos. Era crescente o foco das estratégias voltadas para a transmissão de informações utilizando metodologias tradicionais e verticalizadas, de forma unidirecional, temas como a iniciação sexual, a gravidez, o aborto, as DST e a aids (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998; AYRES; CALAZANS; FRANÇA JÚNIOR, 1998; SANTOS; SANTOS, 1999; CAMACHO HUBNER, 2000; HUERTAS, 2001; BRASIL, 2002a; PAIVA *et al.*, 2003).

Pesquisa que visou identificar a efetividade das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no programa de DST/HIV/aids, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Natal-RN, os resultados apontaram que mais de 90% dos enfermeiros desenvolviam ações de prevenção quanto ao uso do preservativo. Entretanto, as orientações individuais eram feitas esporádica e exclusivamente para a demanda espontânea, ou seja, não existia programação específica com metas, objetivos e estratégias preventivas (TORRES, 2000).

Outro estudo desenvolvido para levantar as causas da baixa oferta de ações educativas em saúde reprodutiva, realizado pelas equipes da Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sede de oito municípios da microrregião de Baturité, no Estado do Ceará, concluiu que as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais, incluindo os da enfermagem, ocorriam de forma verticalizada. Os temas predefinidos não favoreciam a interação entre profissional e público-alvo e a orientação oferecida à clientela ocorria de forma individual, por ocasião das consultas, restringindo-se ao simples repasse de informações (MOURA; SOUSA, 2002).

A baixa eficácia de muitas ações preventivas nos serviços de saúde se deve às decisões sobre o planejamento dos programas educativos, que não levam em conta a cultura e, especialmente, o contexto social e cultural em que as decisões sobre a sexualidade e o sexo são tomadas. Isso confirma que as ações dos profissionais de saúde, anteriores à publicação da Política Nacional de Prevenção, não iam além de repassar as informações genéricas sobre gravidez, DST e aids (PAIVA, 2002; 2008).

Com a implantação da Política Nacional de Prevenção, do PROSAD e dos demais programas de Atenção à Saúde do Adolescente, o foco da assistência a esse público se voltou para práticas educativas, articuladas a partir de ações interdisciplinares e multiprofissionais por meio da utilização de tecnologias e atividades de grupo que favoreçam um espaço de reflexão crítica acerca da vulnerabilidade e do risco do adolescente (BRASIL, 2000; 2002a).

Diante do universo de atuação do profissional de saúde no favorecimento de práticas para prevenir doenças, promover e proteger a saúde sexual do adolescente, destaca-se o papel do enfermeiro como trabalhador de ações educativas para a prevenção das DST/HIV/aids pelas atribuições inerentes à profissão, que são: cuidar, assistir, planejar, administrar, prevenir, educar e pesquisar. Essas ações visam ao bem-estar do ser humano, individual ou coletivamente, buscando a integralidade da assistência.

O enfermeiro, como facilitador das ações de prevenção, seguindo os princípios e diretrizes da política de prevenção das DST/HIV/aids, atua através de práticas assistenciais e

educativas emancipatórias e dialogais, junto a outros profissionais de saúde e educação, no acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e controle das DST/HIV/aids, prevenção de gravidez indesejada, entre outras necessidades do adolescente. Busca, assim, criar um espaço de reflexão para que esses sujeitos desfrutem de sua sexualidade de forma sadia e segura (BORGES; FUJIMORI, 2009; LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2012).

A enfermagem, dentro da proposta interdisciplinar e multiprofissional embasada na Política Nacional de Prevenção das DST/HIV/aids, vem prestando o atendimento ao adolescente por meio de programas educativos que visam informar o público acerca das mudanças que ocorrem no seu corpo, ressaltando aspectos preventivos e curativos das doenças às quais estão expostos. Propõe estratégias que criem um espaço de diálogo com vista a neutralizar a influência dos fatores de ordem social e cultural que contribuem nocivamente para a vida sexual e reprodutiva do adolescente, orientando-o sobre os métodos de prevenção das DST/HIV/aids (FERRIANI, 1997; FERREIRA, 2000).

O trabalho de orientação desenvolvido nas ações educativas pelo enfermeiro visa levantar, junto ao adolescente, necessidades e interesses temáticos a serem desenvolvidos no processo educativo. A proposta educativa norteada por metodologias emancipatórias e dialogais tem como finalidade permitir que haja a transformação dos sujeitos envolvidos no processo. Saber escutar, refletir e dialogar com o outro permite enxergar a diversidade dos saberes, com a consciência de que são seres inacabados enquanto estiverem convivendo e experimentando com o outro o prazer da busca do conhecimento (FREIRE, 2003).

Salienta-se que as atribuições do enfermeiro na promoção da saúde do adolescente são: desenvolver um cuidado no sentido de prevenir doenças e situações indesejadas; orientar a formação de multiplicadores que têm uma ação mais próxima dos pares; facilitar conhecimento, participação e fortalecimento do vínculo entre pais, adolescente e profissional (LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2012).

O enfermeiro, como facilitador de ações de prevenção junto ao adolescente, implanta um sistema embasado no diagnóstico de necessidades, consultando os adolescentes sobre suas expectativas e ansiedades, com vista a detectar os temas que merecem prioridade. Contribui não apenas com a instrumentalização do domínio técnico de metodologias, mas também favorece a apropriação de novas maneiras de pensar e atuar coletivamente construídas, atualizadas e reformuladas (BORGES; FUJIMORI, 2009).

As ações do enfermeiro que atua na prevenção de DST/HIV/aids são norteadas por oficinas grupais de prevenção. As metodologias educativas por meio de oficinas favorecem a análise integral do público a ser assistido, a contextualização do grupo, a clareza

e a definição do foco temático da proposta educativa conforme as necessidades e o interesse do público-alvo, o planejamento flexível (implicando contínua transformação enquanto flui o processo grupal), a aplicação de técnicas de sensibilização, dinamização, comunicação, ação-reflexão, a fim de propiciar a formação de vínculo grupal, respeitando-se a autonomia e o desenvolvimento dos participantes. O facilitador assume, dentro do processo grupal, o papel de promotor da comunicação e analisa a relação do grupo com o contexto vivencial (PINTO, 2007).

Como instrumental facilitador desse processo surge a educação em saúde, que favorece a promoção da saúde do adolescente, pois se liga por uma meta comum que é encorajar as pessoas a obter o nível mais elevado de bem-estar, de modo que elas vivam com mais saúde e se previnam de doenças evitáveis. Dessa forma, a educação em saúde dispõe de uma base sólida para o bem-estar individual e da comunidade, tendo como meta ensinar as pessoas a viver a vida da forma mais saudável possível (SMELTEGER; MARE, 2011).

A educação em saúde é uma ação básica muito utilizada pela enfermagem ao atuar nos diversos cenários de assistência ao adolescente, pois o seu objetivo primordial é capacitar os sujeitos e/ou grupos a assumir ou ajudar na melhoria das suas condições de saúde (KAWAMOTO; SANTOS; MATOS, 2009).

Neste sentido, os grupos têm sido utilizados pelo enfermeiro como um instrumento valioso e até mesmo imprescindível para o alcance desse objetivo. Por definição, o grupo é uma unidade de duas ou mais pessoas empenhadas na interação psicológica, onde os membros podem estar no mesmo ambiente ou distantes fisicamente, mas interagindo através de algum meio de comunicação (ANDALÓ, 2001; MOTA; MUNARI, 2006; SOUZA, 2012).

O grupo, para o adolescente, constitui-se um espaço para a formação de uma nova identidade, ainda que intermediária, entre a família e a sociedade, onde ele pode experimentar e exercer novos papéis. Os sujeitos, principalmente os jovens, quando não estão em grupos se sentem expostos e inseguros, mas quando estão agrupados se sentem confiantes quanto aos valores delimitados de seus pares, pois diluem sentimentos de vergonha, medo, culpa ou até mesmo inferioridade (SOUSA *et al.*, 2004).

Enquanto as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, sofreram transformações significativas após a publicação da política de prevenção, pesquisas demonstram que um dos maiores desafios dos serviços de saúde, não só no Brasil, mas também em diversos países da América Latina, do Caribe e da África subsaariana, é manter o uso do preservativo entre os

adolescentes em todas as práticas sexuais. Por outro lado, cada vez mais os adolescentes iniciam precocemente sua vida sexual e sem a devida adoção de medidas de proteção. Com isso provocam aumento nos índices de gravidez não planejada, de DST e de aids (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1999; FERRAZ; FERREIRA, 1998; CAMACHO HUBNER, 2000; GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002; LUNARDELLI, 2002; PAIVA *et al.*, 2003; SIMÕES *et al.*, 2003; BRASIL, 2004).

Essa realidade reafirma a necessidade de efetivação de uma política pública para ampliar o acesso dos adolescentes ao serviço de saúde e incentivar a mudança urgente das práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os modelos tradicionais de atenção médica e de saúde pública são fragmentados e desintegrados e não respondem às necessidades dos adolescentes; ao passo que o modelo de atenção da ESF, que consta na Constituição Federal, nas constituições e leis orgânicas municipais e na legislação do SUS, destina-se a cumprir os princípios da integralidade, priorizando as ações preventivas e promocionais, a universalização da assistência nos níveis de atenção de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

Essas ações, embasadas pelas noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, reorientam o planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente. É a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção da ocorrência de gravidez não planejada, de DST e da aids.

A Organização Mundial de Saúde afirma que as estratégias de promoção da saúde devem fortalecer ações comunitárias, reorientar serviços de atenção primária para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e contribuir para a construção de políticas públicas de saúde e estilos de vida saudáveis (ATKINS; BEST; SHAPIRO, 2001; SOUZA *et al.*, 2004).

Nos últimos anos, vários esforços têm sido feitos para a prevenção das DST e da aids entre adolescentes. Hoje, no que diz respeito à aids, é imprescindível que a prevenção seja o enfoque principal, sobretudo quando a clientela das estratégias é o público adolescente (BRASIL, 2002b; SOUZA *et al.*, 2004).

Quando se deseja elaborar uma estratégia com o fim de promover o controle da infecção pelo HIV, o desafio posto aos serviços de saúde consiste em perceber a necessidade da renovação da prática profissional. Isso só acontece por meio de uma ação dialógica entre o responsável pelo processo educativo e o público-alvo (LUNA, 2011).

Neste sentido, os programas educativos voltados para a prevenção de DST entre os adolescentes devem favorecer a construção de ações que possibilitem influenciar

positivamente o comportamento sexual dos adolescentes. A informação clara sobre as questões que envolvem sexualidade e transmissão de doenças sexuais é um indispensável instrumento facilitador para a adoção de práticas sexuais seguras (SOUSA *et al.*, 2007; GUBERT *et al.*, 2009).

3.3 Vídeos educativos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids produzidos no Brasil

No Brasil, os profissionais de saúde têm buscado desenvolver novas estratégias de ensino-aprendizagem e vídeos educativos para utilizá-los em suas ações educativas, no contexto de promoção da saúde, prevenção e manejo das DST.

Atualmente, estratégias e políticas enfatizam a necessidade de atuação dos profissionais por meio da educação em saúde. Para tanto, o enfermeiro vem utilizando diversos tipos de tecnologias, como a leve, na qual se visualiza que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento). A tecnologia leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e a tecnologia dura, quando se utilizam instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY; ONOKO, 2007).

Desse modo, o vídeo educativo merece destaque como uma tecnologia dura que pode ser utilizada nas atenções primária, secundária e terciária. É uma tática de aprendizagem lúdica que, além de possibilitar a disseminação rápida da informação, pode ser facilmente disponibilizada para alcançar qualquer pessoa, independentemente da classe social ou do nível educacional (MORAES, 2008).

As tecnologias educativas e audiovisuais configuram-se instrumentais úteis para subsidiar a educação em saúde, visto que as imagens em movimento associadas aos sons favorecem o processo de problematização dos enunciados culturais e alertam o público para assimilar e desenvolver um conceito positivo sobre saúde (SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

O vídeo, utilizado como ferramenta para subsidiar a estratégia educativa junto à comunidade, precisa promover e facilitar a disseminação de informações de forma criativa, com uma linguagem atraente que combine imagens, sons e fala com o mínimo de texto escrito, conseguindo, por essa interligação, apresentar ideias complexas de maneira mais compreensível do que a forma textual verbal e atingir o público por meio dos sentidos (WOHLGEMUTH, 2005; GOMES, 2008; BARBOSA, 2008; SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Em 1980, com a descoberta do vírus da aids, nos Estados Unidos da América e em países da Europa, ocorreu, por parte de entidades e órgãos de saúde, a divulgação de informações acerca da nova síndrome e suas formas de infecção e prevenção. Com isso os meios de comunicação começaram a ser explorados com a finalidade de alertar a população acerca da grave doença transmitida sexualmente e de aspectos incuráveis. Por consequência, os vídeos educativos surgiram como relevantes instrumentais para a implementação de práticas educativas (SOUSA, 2007; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Os primeiros vídeos desenvolvidos após o surgimento do HIV deixaram de cumprir a missão de atuar nos comportamentos de risco e na redução das vulnerabilidades dos sujeitos, pois tinham um enfoque voltado para o terror e o medo da nova doença (SANTOS 2009; SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012; ANDRADE, 2012).

Na atualidade, evidencia-se que as mensagens apresentadas nos vídeos voltados para a prevenção das DST/HIV/aids sofreram melhorias significativas. Apesar disso, conforme a pesquisa intitulada “Desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma tecnologia educativa para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável”, a profilaxia do HIV constitui-se prática difícil, pois os comportamentos sexuais das pessoas passam por períodos de maior e menor risco (SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

A importância de caracterizar os vídeos educativos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids consiste no fato de que os elementos e as mensagens divulgadas nesses recursos tecnológicos influenciarão o modo como a informação sobre essas enfermidades são repassadas aos sujeitos. Possibilita o direcionamento de pensamentos e a construção de conceitos para adoção de práticas sexuais seguras frente a esses agravos à saúde.

Portanto, realizar um consolidado dos vídeos produzidos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, através de suas sinopses, pode ser um aliado no desenvolvimento de novos vídeos que estimulem a curiosidade, possibilitem a aquisição contextualizada do conhecimento, motive o público-alvo da ação educativa, aumentando a eficácia da aprendizagem (CINELLI, 2003).

Considera-se que a caracterização desse material audiovisual fornecerá informações importantes para ajudar no direcionamento da construção de nova tecnologia que seja condizente com respostas às lacunas e perspectivas atuais para a prevenção das DST/HIV/aids.

Acredita-se que o levantamento de vídeos educativos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids constitui estratégia que poderá servir para detectar limitações na produção

audiovisual disponível. Desta forma será possível orientar a realização de novos recursos nessa temática com abordagens específicas.

Nesse contexto, caracterizam-se os vídeos educativos sobre prevenção de DST/HIV/aids produzidos no Brasil, por meio de suas sinopses e em relação às seguintes variáveis: tempo de gravação, formato do vídeo, período e local de produção, autor, título, enfoque da mensagem e público-alvo.

Esse levantamento foi fundamentado em informações contidas nos cadastros das sinopses de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids registrados nos arquivos de audiovisuais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Ministério da Saúde.

A operacionalização dessa caracterização teve as seguintes etapas: definição dos critérios de inclusão e exclusão das sinopses, definição das informações a serem extraídas dos vídeos educativos, caracterização do material selecionado, elaboração do roteiro semiestruturado, tratamento dos dados coletados através da análise temática e descritiva, e apresentação da síntese do conhecimento.

Para a seleção dos audiovisuais que compuseram a amostra desse levantamento definiram-se os seguintes critérios de inclusão: tratar-se de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids voltados para o público brasileiro e terem sido produzidos no idioma Português.

O levantamento do material foi realizado nos meses de abril e maio de 2013, por meio de busca no site da Fundação Oswaldo Cruz e do Ministério da Saúde (MS/BRASIL), acessando o acervo de audiovisuais sobre DST/HIV/aids. Inicialmente, na busca do assunto “DST”, foram encontrados 260 registros na base da Fiocruz, e 187 na do MS. Destes, 22 eram repetidos. Dos 425 restantes, 215 consistiam em vídeos educativos e que enfocavam a temática DST/HIV/aids.

Vale ressaltar que o acervo de audiovisuais sobre DST/HIV/aids das referidas instituições não conta apenas com cadastro dos vídeos educativos, mas também com outros tipos de produção: campanhas, documentários, entrevistas e vinhetas. E todas as produções contêm informações acerca de tempo de duração, ano de produção, tipo de acesso (material de empréstimo e/ou copiagem), código do audiovisual no sistema responsável pela produção, direção, fonte, data de entrada, assunto, idioma e local de produção, dentre outros.

Para a extração dos dados das fichas cadastrais dos vídeos elaborou-se roteiro semiestruturado com as variáveis: tempo de gravação, período de produção, local de produção, público-alvo e enfoque da mensagem.

Desse modo, as sinopses selecionadas foram caracterizadas, analisadas, sintetizadas e discutidas estabelecendo relações com a análise nas variáveis selecionadas. Busca apresentar o formato de gravação dos vídeos, no intuito de evidenciar a qualidade e modernidade de técnica do material; o tempo de duração das gravações destacando sua correlação com o tempo ideal para apresentação do conteúdo e assimilação; a localidade da realização do vídeo; a indexação da temática principal e do público-alvo.

Os resultados foram interpretados com base na análise descritiva do material em relação ao autor, ao título, ao local, ao tempo de gravação, ao período e ao local de produção (VARGAS, 2006).

Os resultados foram evidenciados em núcleos temáticos identificados no conteúdo investigado e analisados por meio de porcentagens simples e da criação de categorias.

Tabela 1 - Distribuição dos vídeos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, segundo década de produção, 1980 – 2012. Fortaleza - CE, 2013.

| Década de produção | Frequência | % |
|---------------------------|-------------------|----------|
| 1980 | 21 | 9,8 |
| 1990 | 100 | 46,5 |
| 2000 | 76 | 35,3 |
| 2010 | 4 | 1,9 |
| D/N* | 14 | 6,5 |
| Total | 215 | 100 |

* Data não definida

Fonte: Fiocruz e Ministério da Saúde

Em relação ao ano de produção dos vídeos, verificou-se concentração da produção nos anos de 1990. É importante registrar que não foi encontrada nenhuma produção audiovisual com a temática DST/HIV/aids anterior à década de 1980.

Tabela 2 - Distribuição dos vídeos com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, de acordo com o tempo de gravação. Fortaleza - CE, 2013.

| Tempo de duração (minutos) | Frequência | % |
|-----------------------------------|-------------------|----------|
| <5 | 26 | 12,1 |
| 5-20 | 65 | 30,2 |
| 20-30 | 44 | 20,5 |
| 31-40 | 23 | 10,7 |
| 41-50 | 15 | 7 |
| 41-50 | 25 | 11,5 |
| > 60 | 17 | 8 |
| Total | 215 | 100 |

Fonte: Fiocruz e Ministério da Saúde

A duração das gravações variou entre cinco minutos e duas horas. Observou-se que 26 produções possuem tempo de gravação menor que dez minutos, e 57 vídeos possuem tempo de gravação acima de 40 minutos. Em relação ao formato das cópias dos vídeos cadastrados, a maioria foi gravada em formato VHS.

Tabela 3 - Distribuição dos vídeos com enfoque na prevenção de DST/aids, segundo região. Fortaleza - CE, 2013.

| Procedência | Frequência | % |
|--------------------|-------------------|----------|
| Sudeste | 106 | 49,4 |
| Centro-Oeste | 42 | 19,5 |
| Nordeste | 27 | 12,5 |
| Sul | 17 | 7,9 |
| Norte | 6 | 2,8 |
| N/D* | 17 | 7,9 |
| Total | 215 | 100 |

*Data não definida

Fonte: Fiocruz e Ministério da Saúde

Com relação às regiões brasileiras envolvidas no desenvolvimento de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids, percebe-se que o Sudeste do País apresenta a maior produção de audiovisuais. Os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo destacam-se na produção de material educativo com escopo na prevenção de DST/HIV/aids.

Tabela 4 - Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, de acordo com o público-alvo. Fortaleza - CE, 2013.

| Público-alvo | Frequência | % |
|-----------------------------------|-------------------|----------|
| Público em geral | 61 | 28,4 |
| Adolescentes | 34 | 15,8 |
| Profissionais de saúde | 28 | 13 |
| Mulheres | 14 | 6,5 |
| Gestantes | 3 | 1,5 |
| Crianças | 5 | 2,3 |
| Idosos | 2 | 0,9 |
| Pessoas vivendo com Aids | 5 | 2,3 |
| Casais em união estável | 5 | 2,3 |
| Presidiários | 2 | 0,9 |
| Profissionais da construção civil | 5 | 2,3 |
| Pais de santo | 1 | 0,5 |
| Pessoas em sofrimento psíquico | 5 | 2,3 |
| Usuários de drogas | 3 | 1,5 |
| Profissionais do sexo | 5 | 2,3 |
| Índios | 6 | 2,8 |
| Homossexuais | 8 | 3,7 |
| Parceiros sorodiscordantes | 2 | 0,9 |
| Professores | 10 | 4,6 |
| Empresários | 2 | 0,9 |
| Meninos de rua | 6 | 2,8 |
| Trabalhadores rurais sem-terra | 1 | 0,5 |
| Populações ribeirinhas | 1 | 0,5 |
| Militares | 1 | 0,5 |
| Total | 215 | 100 |

Fonte: Fiocruz e Ministério da Saúde

Observou-se que um grande número dos vídeos produzidos tinha como público-alvo a população geral, sem distinção de grupos específicos. No entanto, visualizaram-se vários vídeos que foram desenvolvidos para grupos específicos e direcionados para aqueles considerados mais vulneráveis por questões de foco cultural, social e/ou econômico.

No âmbito dos grupos específicos, destacaram-se 28 produções destinadas aos profissionais dos serviços de saúde, 14 vídeos produzidos para trabalhar a prevenção com mulheres, e 34 produções voltadas para a prevenção de DST/HIV/aids junto aos adolescentes. No grupo de usuários dos serviços de saúde, esse público apresenta o maior número de produções com enfoque na prevenção dessas doenças. Visualiza-se que o número de vídeos produzidos na temática para o mesmo público alvo da presente pesquisa, foram seis.

Tabela 5 - Distribuição dos vídeos voltados para a prevenção das DST/HIV/aids, de acordo com o enfoque da mensagem. Fortaleza - CE, 2013.

| Enfoque | Frequência | % |
|----------------------------------|-------------------|------------|
| Informações técnicas científicas | 72 | 33,5 |
| Práticas culturais | 26 | 12,1 |
| Vulnerabilidade | 52 | 24,2 |
| Portador de DST/HIV/aids | 19 | 8,9 |
| Vigilância Epidemiológica | 15 | 7 |
| Prostituição | 6 | 2,8 |
| Risco no presídio | 2 | 0,9 |
| Cuidados na gestação | 3 | 1,4 |
| Homossexualidade | 9 | 4,2 |
| Relação entre discordantes | 2 | 0,9 |
| Correlação TB – HIV | 1 | 0,4 |
| Uso de drogas | 6 | 2,8 |
| Biossegurança | 2 | 0,9 |
| Total | 215 | 100 |

Fonte: Fiocruz e Ministério da Saúde

No que se refere à mensagem adotada no contexto da temática DST/HIV/aids, esta variou quanto à população-alvo, mas ainda se visualizou a prevalência de produções direcionadas à informação focada nas doenças em detrimento da abordagem de conceitos positivos sobre saúde. Assim, foram identificados 72 produções com enfoque em informações

técnico-científicas, enquanto 26 vídeos abordavam a prevenção no contexto das práticas culturais.

Em razão da complexidade e da variedade das práticas culturais abordadas nas produções analisadas, observou-se que as sinopses dos vídeos discorriam sobre valores e crenças, prevenção de DST em crianças de rua, prevenção em comunidades indígenas e a transmissão no contexto de privação de liberdade e de festas *funk*.

Vale destacar, tendo como base os achados dessa investigação, que os recursos para a produção de vídeos educativos, atualmente disponibilizados no Brasil, permitem ao telespectador se identificar cada vez mais com o conteúdo focado e, assim, a mensagem apresentada é assimilada de forma mais efetiva.

É importante mencionar que, nos últimos 30 anos, os formatos de captação e armazenamento de imagens e sons tiveram um avanço considerável, especialmente com a substituição dos primeiros formatos, cuja fita era armazenada em rolos devido aos formatos de estojos do tipo cassete e, posteriormente, pela troca dos formatos analógicos pelos digitalizados.

Ao realizar o levantamento da produção de vídeos educativos focados na prevenção de DST/HIV/aids voltados para a população brasileira, observou que esse material audiovisual é apresentado, essencialmente, no formato VHS.

Isso é justificado pelo fato de que na década de 1990, quando ocorreu o maior número de produção dos vídeos, o formato VHS predominava no mercado. Era um período de transição do formato analógico para o digital.

A pesquisa ainda identificou nas sinopses investigadas que o formato Betacam digital, que é um tipo de linha de câmeras e leitor de fitas, teve um grande sucesso na década de 1980 devido à qualidade de suas imagens, sendo o segundo mais adotado. Isso decorre, provavelmente, do caráter educativo das produções, uma vez que o referido formato oferece recursos direcionados à produção profissional (SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

O formato DVD apresentou-se em poucos vídeos. Associa-se isso ao fato de, no Brasil, a inserção desse material só ter obtido adesão a partir do ano de 2003. Como a produção avaliada neste estudo é do período de 1980 a 2012, compreende-se que apenas durante os anos de 2003 a 2012 o formato DVD ficou disponível no País de forma consistente.

No contexto das características técnicas das produções sobre DST/HIV/aids, percebe-se que os vídeos com duração entre 10 e 20 minutos são predominantes, seguidos pelas gravações de 20 a 30 minutos. Esses intervalos de tempo são considerados eficazes para

a abordagem do conteúdo educativo e para que os espectadores assimilem a mensagem (BARBOSA, 2008).

Diversos autores afirmam que intervalos inferiores parecem não permitir a apresentação do conteúdo de forma consistente. Em contrapartida, produções com tempo de duração superior a 30 minutos promovem a dispersão dos espectadores e não contribuem efetivamente para a eficácia da proposta educativa (BARBOSA, 2008; SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012; JOVENTINO, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Essa investigação, além de verificar as informações técnicas dos vídeos, procurou identificar, também, em que período houve essa produção, destacando as décadas de maior concentração do desenvolvimento desse material audiovisual, no intuito de investigar se existe alguma relação entre o desenvolvimento de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids e os fatos históricos relacionados ao advento da descoberta do HIV/aids no nosso País e em nível mundial.

No Brasil, o primeiro caso de aids data de 1980. A classificação da síndrome foi realizada em 1982. Durante a década de 1980 havia muitas especulações e pouco conhecimento da nova doença, existindo muitas dúvidas acerca do HIV. Isso dificultou o desenvolvimento de vídeos sobre a temática que apresentassem um efetivo escopo educativo, uma vez que não era possível ainda oferecer informações corretas sem comprovação técnico-científica. Isso só ocorreria no final dos anos 1980 (BRASIL, 2009b).

Pelos relatos históricos acreditava-se, inicialmente, que o HIV era transmitido apenas por homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroinômanos. O isolamento genético do vírus causador da aids, que ocorreu em 1984, permitiu que no ano seguinte fosse disponibilizado o primeiro teste anti HIV. Foi também a partir desse período que se caracterizaram os comportamentos de risco que substituíram o termo conceitual de grupo de risco. Somente em 1986 o governo brasileiro criou o Programa Nacional de DST e aids (BRASIL, 2009b).

A aids, no Brasil e no mundo, consolidou-se no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, quando se impulsionou a produção de vídeos educativos sobre a temática, datando, portanto, de 1980, de forma limitada, a produção dos primeiros vídeos com a proposta educativa para a prevenção da nova síndrome. Resultado das discussões e da necessidade da disseminação de informações acerca da nova doença, nos anos 1990 foi produzido um grande número de vídeos abordando a nova epidemia mundial (SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Algo que chamou a atenção durante a realização deste estudo foi que, apesar do crescente número de vídeos produzidos na década de 1990, nota-se em contrapartida uma

queda na produção desse material nos anos 2000. Acredita-se que o decréscimo no desenvolvimento de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids nessa década coincide com o fato de que, nesse período, ocorreu a estabilização da transmissão do HIV na população brasileira (BRASIL, 2009c).

O problema da aids mudou nos anos 2000. O caráter emergencial assumido nos anos 1980 e 1990 provocou a produção de vídeos educativos com foco na prevenção. (BRASIL, 2009c), mas atualmente essa produção não é mais evidenciada.

Alerta-se para a permanente gravidade do problema, uma vez que mesmo com incidências de casos estabilizados, no Brasil o número de pessoas infectadas pelo HIV chega aproximadamente a 600 mil (UNAIDS, 2010). Ademais, é importante destacar que muitos portadores do vírus não tiveram ainda o diagnóstico, o que provoca a subnotificação da incidência da doença.

Na prevenção de DST/HIV/aids faz-se necessário que organizações governamentais, ONGs e sociedade de todo o País se engajem no combate à epidemia de modo equânime (SOUSA; BARROSO, 2009). O engajamento e participação de todos facilita a visibilidade de questões inseridas no contexto da prevenção das DST/HIV/aids, uma vez que promove a valorização de aspectos específicos do âmbito da realidade regional.

Nas diferentes regiões brasileiras estão presentes os casos de DST/HIV/aids. Apesar disso, comprovou-se, pelo levantamento feito, que a região Sudeste se destaca de forma maciça na produção sobre a prevenção das DST/HIV/aids, em detrimento de outras regiões do território brasileiro.

Essa realidade pode ter explicação no fato de que um elevado número de portadores do HIV reside nos grandes centros urbanos, sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo. Outro fator a ser considerado é a disponibilidade de recursos para o desenvolvimento de materiais audiovisuais nessa região brasileira (SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Notou-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam acelerado crescimento do número de pessoas infectadas (BRASIL, 2012). Isso enfatiza a necessidade de produção de vídeos com escopo educativo a fim de contribuir para o controle das DST/HIV/aids.

Neste levantamento identificou-se a região Centro-Oeste como a segunda que mais produz vídeos educativos sobre a temática DST/HIV/aids, porém quando se compara a sua produção com a região Sudeste verifica-se que essa produção ainda é tímida e necessita de novos trabalhos que produzam esse tipo de tecnologia. No que se refere às demais regiões do País, percebe-se a necessidade de inserção de modo efetivo na produção de recursos

audiovisuais com foco educativo para a prevenção das DST/HIV/aids direcionados para suas respectivas realidade e contextos culturais.

Percebeu-se que devido à diversidade cultural presente nas diferentes regiões há a necessidade de uma abordagem educativa direcionada no intuito de informar, suscitar reflexão e promover a conscientização sobre as DST/HIV/aids (SOUSA; BARROSO, 2009; SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Essa atitude tem como finalidade evidenciar e identificar os elementos culturais que interferem de modo específico no cuidado voltado à prevenção das DST/HIV/aids, já que esse cuidado pode estar atrelado a crenças, mitos e tabus que podem ter caráter universal, mas que carregam consigo aspectos particulares de cultura delimitadas em espaço geográfico (PASSOS, 2005; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

A população-alvo e sua relação com os já extintos grupos de risco constituem-se aspectos relevantes no contexto da prevenção das DST/HIV/aids. Com a descoberta do HIV, inicialmente prevalente em homossexuais e profissionais do sexo, os vídeos educativos produzidos nessa época focavam esses grupos (PINHEIRO, 2005), desconsiderando a vulnerabilidade dos sujeitos que não se enquadravam nos grupos de risco. Isso promoveu a inversão do número de casos de aids, o que levou os heterossexuais a serem também inseridos na população de risco (BRASIL, 2012).

Vale enfatizar a existência de vídeos direcionados a adolescentes, mulheres em união estável, presidiários, idosos, usuários de drogas e outros, por se destacarem nas estatísticas de DST/HIV/aids (BRASIL, 2012).

Verificou-se, ainda, que existe uma valorização da temática aids em detrimento das DST. Isso pode estar relacionado a questões de herança cultural, pois as DST são doenças antigas que estiveram presentes em diversas gerações sem ocasionar alarde, uma vez que as mortes provocadas por essas enfermidades eram escassas (BRUNO, 2005). A aids assumiu caráter amedrontador, pois no imaginário da população ela surge como uma sentença de morte. Assim, as atenções dos serviços de saúde nas últimas décadas estiveram voltadas para a infecção pelo HIV e para os aspectos a ele agregados (SOUSA; PINHEIRO, 2012).

No contexto dos enfoques adotados nos vídeos investigados, destacou-se o grande número de produções limitadas ao fornecimento de informações técnico-científicas, em detrimento da identificação cultural e da assimilação dos riscos de contaminação pela DST/HIV/aids. É importante que o vídeo educativo informe a população sobre a prevenção de DST/HIV/aids, mas deve também incorporar elementos que propiciem aos espectadores a identificação cultural e a assimilação do risco (SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Observou-se que alguns vídeos educativos, mesmo que de forma resumida, mostraram a cultura como fator de interferência no comportamento humano. Isso alerta para a necessidade de estratégias educativas que levem em conta os fatores culturais para evitar o choque cultural e promover um diálogo efetivo com a população assistida (LARAIA, 2006).

Nesse contexto, o vídeo como tecnologia educativa pode favorecer a realização de intervenções educativas por aperfeiçoar as orientações oferecidas e abreviar as intervenções. Favorece, ainda, a adesão e reduz os custos com problemas de saúde, levando ao alcance de resultados positivos em menor tempo (WOHLGEMUTH, 2005; GOMES, 2008; BARBOSA, 2008; SOUSA, 2010).

O resgate do vídeo como um veículo de socialização do saber e seu possível reconhecimento como tecnologia efetiva para a produção de mudanças na população têm resultado no desenvolvimento e na avaliação crescentes para a enfermagem. Configura-se um método relevante para os interessados em novas informações e produz reflexões sobre essa área tão estratégica para as políticas públicas (ANJOS, 2011).

Portanto, vídeos sobre o processo saúde e doença podem ser utilizados pela enfermagem em vários contextos dos serviços de saúde, dentre eles a prevenção de DST e aids. É necessário o conhecimento de como esses recursos tecnológicos estão sendo produzidos, com que finalidade e para quem, pois no contexto da transmissão de DST/HIV/aids observa-se uma problemática que envolve pessoas de várias faixas etárias que não conseguem a efetiva mudança de comportamento sexual por se tratar de um evento que envolve fatores individuais, sociais, culturais, políticos e econômicos.

Em síntese, a produção brasileira de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids apresenta, no contexto das características técnicas, em sua maioria, intervalos de tempo que são considerados eficazes para abordagem do conteúdo educativo, o que facilita a assimilação da mensagem pelo público-alvo. Em relação à captação e ao armazenamento de sons e imagens, a investigação aponta que os vídeos vêm acompanhando as tendências atuais disponíveis no mercado.

Vale salientar, porém, que essa produção, como mencionado anteriormente, mantém-se concentrada na região Sudeste, não apresentando direcionamento para as especificidades dos diferentes contextos culturais e populacionais do País. Além disso, supervaloriza o risco do HIV/aids em detrimento das outras DST e apresenta predominância de conteúdo limitado a informações técnico-científicas e desconsidera aspectos subjetivos que influenciam conhecimento, atitudes e práticas em relação às DST/HIV/aids.

A análise das sinopses dos vídeos se torna relevante por demonstrar a necessidade de estimular a produção desse material educativo para trabalhar a prevenção dessas doenças, que até os dias de hoje vêm aumentando seus números e infectando sujeitos não mais conceituados como grupos de risco, mas que apresentam comportamentos de risco que os tornam vulneráveis a esses agravos.

Ressalta-se que para realizar uma análise mais acurada dos diversos aspectos dos vídeos, com enfoque na prevenção das DST/HIV/aids, seria necessário o acesso na íntegra desse material, algo que não foi possível nesta investigação, visto que a maioria desse material analisado se apresentava em formato VHS. Portanto, propõe-se a realização de outros levantamentos que apresentem parâmetros de acordo com a relação entre imagem e informação disponíveis nos vídeos.

Contudo, mais que uma simples caracterização da produção de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids produzidos para o público brasileiro, esta pesquisa mostra como esses recursos tecnológicos utilizam os elementos técnicos e temáticos para difundir a mensagem ao seu público-alvo, possibilitando a efetiva conscientização dos sujeitos sobre o processo saúde e doença com vista a trazer à tona o conceito positivo de saúde.

4 METODOLOGIA

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes.” (Paulo Freire)

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de pesquisa metodológica e de desenvolvimento. Neste estudo foi elaborado o vídeo educativo denominado: “Adolescentes em situação de rua: conhecimento, vulnerabilidade e prevenção das DST/aids”, dividido em três séries, contendo informações sobre o conhecimento (1ª série), as vulnerabilidades (2ª série) e a prevenção de DST/aids dos adolescentes em situação de rua (3ª série).

Estudo metodológico consiste na elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnica de pesquisa que possam ser empregados por outros pesquisadores. Seu foco é o desenvolvimento, a implementação, a validação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

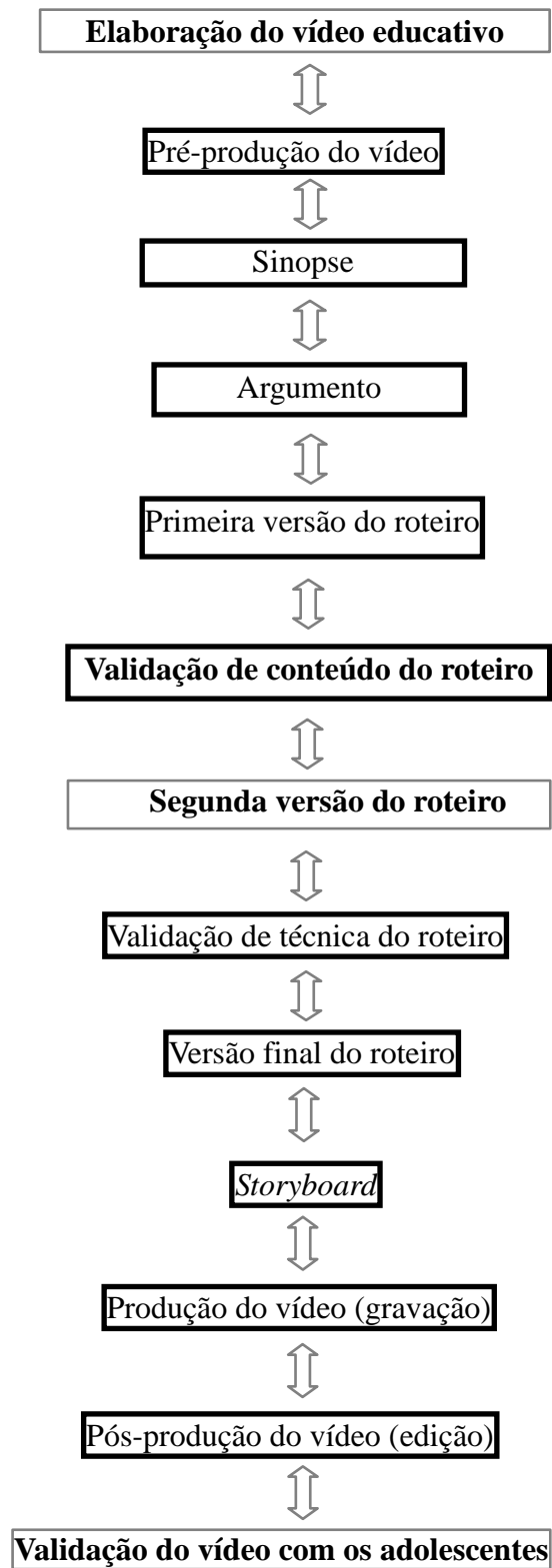
Nesse tipo de estudo define-se o constructo, formulam-se os itens da ferramenta, desenvolvem-se instruções para o usuário e/ou respondente e testa-se a confiabilidade, a aplicabilidade e a validade do recurso tecnológico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2010).

O estudo de desenvolvimento é caracterizado pelo esforço criativo, não se limitando ao caráter investigativo, e é por excelência de desenvolvimento tecnológico e tem por objetivo a criação de produtos ou serviços. O seu desenvolvimento não é apenas através da investigação, mas também se utiliza a criação para solucionar problemas até então não resolvidos (RODRIGUES, 2007).

4.2 Etapas da pesquisa

A Figura 2 evidencia o fluxograma das etapas da pesquisa.

Figura 2 - Fluxograma das etapas da pesquisa – construção e validação do vídeo educativo.



Fonte: Elaboração do autor.

4.2.1 Elaboração do vídeo educativo

Dentre os diversos tipos de vídeos produzidos na área da saúde, este estudo optou pela construção e validação de vídeo educativo de intervenção social, que é utilizado para sensibilizar um grupo social específico com o objetivo de promover a reflexão acerca da mudança de comportamentos frente a um agravo à saúde (MORAES, 2008).

Neste estudo foi produzido um vídeo de intervenção social com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids para adolescentes em situação de rua, seguindo as recomendações de Kindem; Musburger (2005) e Comparato (2009).

Na construção do vídeo utilizaram-se as etapas propostas por Kindem; Musburger (2005): pré-produção que compreende a construção da *storyline* ou sinopse, argumento, roteiro, *storyboard*; produção e pós-produção.

4.2.2 Pré-produção

A etapa de pré-produção compreende a preparação, o planejamento e a organização estrutural do projeto do vídeo a ser produzido e abrange desde as atividades de concepção da ideia inicial até a etapa da filmagem do vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

4.2.2.1 Pré-produção: *storyline* ou sinopse

Primeiramente, elaborou-se uma *storyline* ou sinopse do vídeo, que de acordo com Kindem; Musburger (2005), constitui-se no resumo do vídeo. Este, conforme as recomendações de Comparato (2009), deve possuir até cinco linhas.

A sinopse foi construída a partir dos resultados encontrados na dissertação de mestrado intitulada “Educação em saúde com adolescentes em situação de rua visando a prevenção de DST/aids” (LUNA, 2011) e pelos aspectos conceituais do Programa de Prevenção às DST/aids, do Ministério da Saúde do Brasil (2006).

4.2.2.2 Pré-produção: *argumento*

O argumento é um elemento importante na etapa de pré-produção, pois é por meio dele que o roteirista será guiado no desenvolvimento dos personagens, das cenas e dos

diálogos. É, basicamente, o que determina o objetivo do vídeo (CARREIRO, 2008; CAMPOS, 2009).

O argumento descreve de forma breve e compreensível como serão retratadas as ações evidenciadas nas cenas do vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). É importante mencionar que tanto a sinopse quanto o argumento embasaram a elaboração da primeira versão do roteiro do vídeo.

4.2.2.3 Pré-produção: roteiro

O roteiro do vídeo é um texto cheio de códigos e de palavras pouco conhecidas por leigos. Caracteriza-se como uma estrutura artística com forma técnica. Para sua elaboração o roteirista precisa levar em conta duas etapas distintas: a da criação (concepção) e a da realização (FIORENTINI; CARNEIRO, 2002).

O roteiro detalha tudo o que deverá acontecer no vídeo educativo por meio de uma linguagem própria, com vista a orientar a equipe de produção nas filmagens. Objetiva, ainda, informar textualmente o espectador a respeito daquilo que verá e ouvirá no vídeo. Para a elaboração do roteiro buscou-se ler as sinopses de vários vídeos com enfoque educativo para que fosse possível extrair as peculiaridades da linguagem técnica e específica da área de comunicação (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

Essa fase consistiu na construção do roteiro do vídeo, que foi composto de frases curtas. Usou pontuações, principalmente vírgulas, e priorizou a voz ativa. Foi desenvolvido a partir de uma linguagem que valorizasse, além das falas, também os gestos, as expressões corporais e o tempo de pausa. Caracterizou-se, ainda, por códigos e palavras em formato técnico (FIORENTINI; CARNEIRO, 2002).

Essa etapa foi marcada por muitos desafios. Devido à falta de financiamento não foi possível contratar um roteirista para elaborar o roteiro. Diante disso, iniciou-se uma revisão nos arquivos de audiovisuais da Biblioteca da Fiocruz e do Ministério da Saúde no intuito de entender linguagem a técnica e específica aplicada na produção de vídeos. Assim, a partir da leitura das sinopses de vários vídeos foi possível entender como elaborar o roteiro de vídeo educativo. Após a elaboração da primeira versão do roteiro iniciou-se o processo de validação de conteúdo e validação técnica por juízes das áreas de Enfermagem e Comunicação.

4.2.2.4 Validação de conteúdo e de técnica do roteiro por especialistas

O processo de validação constitui-se em metodologia que busca medir o que se deseja mensurar. Nessa perspectiva, existem vários tipos de validação: concorrente, preditiva, constructo e de conteúdo. Para a validação do roteiro do vídeo educativo utilizou-se a validade de conteúdo e de técnica (RICHARDSON, 2011).

A validação significa um tipo especial de acurácia. O grau de medida representa o fenômeno de interesse, a validação de conteúdo e a técnica. Os avaliadores devem ser *experts* na área de interesse do constructo para promoverem a validação adequada à representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos à análise (HULLEY *et al.*, 2008).

A validade de conteúdo é utilizada quando se propõe elaborar ou utilizar algum instrumento com vista a determinar comportamentos em diversos contextos e situações. Vale ressaltar que o conteúdo do instrumento deve conter estruturas e estratégias de apresentação, as quais precisam ser objetivas e claras. Para isso o pesquisador deve construir um instrumento que apresente temas de fácil percepção sobre o que quer verificar através dos usuários e/ou respondentes (HULLEY *et al.*, 2008; RICHARDSON, 2011).

A avaliação relacionada ao conteúdo do roteiro do vídeo foi baseada em julgamentos de três juízes da área de Enfermagem, com experiência nas temáticas: Doença Sexualmente Transmissível (DST); Saúde do Adolescente e Promoção da Saúde.

No que se trata da validade técnica, esta consistiu na opinião de cinco juízes da área de comunicação social, com experiência na produção de vídeos educativos. A participação dos juízes (conteúdo e técnica) aconteceu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para o processo de validação um número mínimo de seis juízes (*experts*) é recomendado por Pasquali (2003). Lynn (1986) ratifica a necessidade de um número mínimo de três juízes (*experts*), sendo considerado dispensável um número superior a dez. Vianna (1982) refere que um número ímpar de juízes (*experts*) anula a chance de ocorrer um impasse pelo empate de opiniões.

Para essa etapa do estudo o número de *experts* atendeu a recomendação de especialistas que sugerem mínimo de três e máximo de dez pessoas (LYNN, 1986). É importante destacar que essa escolha se deu pelo fato de o conteúdo que deu origem ao roteiro ter passado por avaliação de membros de banca de defesa de mestrado. Como critério de

inclusão os *experts* deveriam ter pelo menos dois anos de experiência. Ressalta-se que a amostra se deu por conveniência.

A seleção da amostra de juízes de conteúdo e de técnica foi definida por meio de rede ou “bola de neve”. De acordo com LoBiondo-Wood e Haber (2010), esse tipo de amostragem consiste numa estratégia bastante útil na localização de amostras com características específicas, sendo difíceis de serem encontradas por outra maneira. Desta forma, ao ser identificado um sujeito que atendesse aos critérios de elegibilidade necessários, foi-lhe solicitado que sugerisse outros possíveis participantes. Trata-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para a seleção dos juízes de conteúdo (profissionais da enfermagem) foram escolhidos conforme procederam Joventino (2010; 2013); Sousa (2010); Barbosa (2008) (Quadro 3A). Os juízes técnicos foram selecionados mediante critérios de Sousa (2010), Barbosa (2008), com algumas adaptações (Quadro 3B). Para os juízes de conteúdo exigiu-se pontuação mínima de cinco pontos, conforme Joventino (2010; 2013); Sousa (2010) e Barbosa (2008), e pontuação mínima de dois para os juízes técnicos conforme Sousa (2010) e Barbosa (2008).

Quadro 3 - Critérios de seleção para juízes da validade de conteúdo

| Critérios de seleção de <i>experts</i> | | |
|--|---|------------------|
| Validade de conteúdo | Validade técnica | Pontuação |
| Doutor em Enfermagem | Doutor em Comunicação Social | 4 |
| Possuir tese na área de interesse* | Possuir tese na área de produção de mídia interativa e/ou vídeos | 2 |
| Mestre em Enfermagem | Mestre em Comunicação Social | 3 |
| Ter desenvolvido dissertação na área de interesse* | Ter desenvolvido dissertação na área de produção de mídias interativas e/ou vídeos | 2 |
| Ter publicações em periódico indexado sobre a área de interesse* | Ter publicações em periódico indexado sobre mídia interativa e/ou vídeos | 1 |
| Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 2 anos na área de interesse* | Possuir experiência no desenvolvimento de mídias interativas e/ou vídeos de, no mínimo, 2 anos. | 2 |
| Ser especialista em Enfermagem; Saúde Pública e áreas afins. | Ser especialista na área de comunicação e áreas afins. | 2 |

*Área de interesse: Doença Sexualmente Transmissível (DST); Saúde do Adolescente; Promoção da Saúde. Adaptado de: Joventino (2010; 2013); Sousa (2010) e Barbosa (2008).

4.2.2.4.1 Validação do roteiro: instrumento

Salienta-se que, inicialmente, o roteiro passou pelo processo de validação por juízes de conteúdo com a utilização de formulário estruturado mediante as orientações de Sousa (2010), Barbosa (2008) e Lopes (2001). Uma das juízas de conteúdo recomendou outras variáveis contidas no estudo de Anjos (2011), e o formulário estruturado de avaliação técnica sofreu ajustes.

As variáveis julgadas pelos avaliadores de conteúdo foram baseadas no estudo de Sousa (2010), Barbosa (2008) e Lopes (2001) que utilizaram para avaliação de roteiro um formulário contendo os seguintes itens: o objetivo do instrumento a ser validado; a estrutura e as estratégias de apresentação; o cenário no qual será apresentado o instrumento a ser validado; a validação da compreensão do vídeo, o tipo de linguagem, a clareza das informações etc. (APÊNDICE B).

As variáveis julgadas pelos avaliadores de técnica foram baseadas na pesquisa de Anjos (2011), que utilizou a planilha para validação de roteiro de Comparato (2009) e a validação de tecnologia educativa de Lopes (2001).

Assim, as variáveis julgadas pelos juízes de técnica foram: conceito da ideia; construção dramática (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final); ritmo (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena); personagens (motivação, credibilidade, interação); potencial dramático, diálogos (tempo dramático), estilo visual (estética), público referente, estimativa de produção, funcionalidade, usabilidade, eficiência e resultado final da análise (APÊNDICE C).

O formulário estruturado de validação de técnica do roteiro continha os quesitos que deveriam ser respondidos por SIM ou NÃO nos subitens, e possuíam níveis de avaliação para cada item, como: Ótimo (O); Muito Bom (MB); Bom (B); Regular (R); Pobre (P). Além disso, o instrumento continha espaço para comentários e/ou sugestões em cada item avaliado.

Os juízes de conteúdo e de técnica receberam, juntamente com o instrumento de avaliação do roteiro, uma carta-convite (APÊNDICE D) para participarem da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um questionário de caracterização relacionado à sua qualificação e trajetória profissional (APÊNDICE E) e a pesquisa de Luna (2011) adotada para a elaboração do roteiro do vídeo.

Após a apreciação da primeira versão do roteiro pelos juízes da enfermagem suas contribuições foram analisadas e serviram para formulação da 2ª versão do roteiro que foi

encaminhada aos juízes da comunicação social para procederem à validação técnica do roteiro do vídeo.

4.2.2.4.2 Validação do roteiro: Análise das informações

As informações obtidas na validação do roteiro do vídeo pelos juízes de conteúdo (Enfermagem) e de técnica (Comunicação Social) foram digitadas em um banco de dados do sistema “*Excel for Windows*” e organizadas em quadro síntese. É oportuno mencionar que as alterações recomendadas pelos juízes foram analisadas individualmente, sendo levados em consideração os níveis de avaliação de cada item julgado. A apresentação dessas informações ocorreu de maneira descritiva, por meio do cálculo de frequências simples.

4.2.2.5 Pré-Produção: *storyboard*

Após a validação do roteiro pelos juízes de técnica, seus comentários e sugestões avaliativas contribuíram para a formulação da versão final do roteiro, que orientou o desenvolvimento do *storyboard*. Este se configura na representação das cenas do roteiro em forma de desenhos sequenciais, semelhantes a uma história em quadrinhos. Tem como objetivo principal facilitar o trabalho da equipe de gravação na visualização das cenas antes de ocorrerem as gravações (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

Após a validação e a elaboração da versão final do roteiro foram definidos o tempo para a gravação do vídeo, o número e os tipos de personagens que atuariam nas cenas. A etapa a seguir foi a produção do vídeo. Essa fase compreende o tempo no qual ocorreram as filmagens das cenas do vídeo.

4.3 Produção do vídeo educativo

Esta é a etapa em que ocorreram as gravações do vídeo em três cenários pré-definidos. Para a seleção dos locais de gravação foram considerados aspectos relevantes para a abordagem do conteúdo programado no processo educativo: o primeiro cenário foi o local de convívio social (ambiente de rua). Foi escolhida a praça pública do Jardim América e o pátio externo do Ginásio Poliesportivo da Parangaba, em Fortaleza-CE; o segundo cenário foi o salão da Paróquia Nossa Senhora Aparecida, no bairro Montese, em Fortaleza-CE, que representou o ambiente institucional (Núcleo Albergue João XXIII). Devido a questões legais

não foi possível gravar diretamente na instituição de apoio dos adolescentes e, por isso, optou-se por local que retratasse a instituição.

Por último, as cenas da apresentadora/jornalista foram gravadas em estúdio. Esse local foi escolhido tendo em vista que algumas cenas do vídeo precisavam ser gravadas em ambiente interno, com a finalidade de preservar a boa acústica do vídeo. Assim, evitou-se a interferência de ruídos e sons estranhos que pudessem comprometer a qualidade do vídeo.

As cenas em que a enfermeira apareceu participando de intervenção educativa com os adolescentes foram gravadas levando em consideração o ambiente de socialização do grupo.

Para as filmagens contou-se com o apoio de atores voluntários, do grupo de Teatro Degraus, do município de Baturité-CE, que têm habilidades com artes cênicas e com diversas apresentações teatrais já produzidas na área.

Antes da gravação do vídeo educativo contactou-se com os participantes que compuseram o elenco das cenas do vídeo. Na oportunidade entregou-se o roteiro para que os atores tivessem tempo hábil para se familiarizar com o papel que cada um iria desempenhar. Após essa etapa agendaram-se algumas reuniões para realizar ensaios. Depois dessa etapa iniciaram-se as filmagens do vídeo. Após a conclusão das gravações das cenas procedeu-se à pós-produção do vídeo.

4.4 Pós-produção do vídeo educativo

Esta etapa é definida como o momento em que se faz a organização das tomadas gravadas para composição das cenas e do vídeo como um todo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Nas etapas de produção e pós-produção do vídeo contou-se com o auxílio de técnicos com experiência em construção de vídeos e da empresa *Genesys Desing*.

4.5 Validação do vídeo educativo com os adolescentes

Ao construir um instrumento tecnológico para trabalhar ações de educação em saúde junto a uma população sobre um tema de interesse é fundamental que o pesquisador realize a avaliação desse recurso educativo com o público-alvo. Por serem esses sujeitos que irão usufruir da tecnologia, precisa-se ter a certeza de que esse instrumento é compreensível para eles (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

No planejamento dessa etapa optou-se por realizar a validação do vídeo com os adolescentes atendidos no Núcleo Albergue João XXIII, instituição pública localizada na cidade Fortaleza-CE, onde foi realizada a pesquisa de Luna (2011), que deu origem à ideia do desenvolvimento do vídeo. No entanto, a demanda reduzida de adolescentes atendidos na referida instituição e a alta rotatividade no período inviabilizaram a operacionalização da etapa avaliativa. Portanto, decidiu-se por escolher outra instituição de acolhimento de adolescentes com vida pregressa de rua. Com o intuito de identificar outra instituição que atendesse adolescentes com as mesmas características do público-alvo do vídeo foi feito o diagnóstico no Município de Fortaleza.

Após algumas tentativas sem êxito adentrou-se no site da Secretária de Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS), do Governo do Estado do Ceará. O *link* que trata das Políticas de Assistência Social, na página referente a Proteção Social Especial, encontrou-se o Abrigo Renascer, instituição com missão de atender adolescentes do sexo masculino na faixa etária de 15 a 18 anos incompletos, com direitos ameaçados e/ou violados, marcados por história de violência doméstica e com vínculos familiares fragilizados, em regime de abrigo.

Então foi elaborada uma solicitação formal (ANEXO A) para se ter acesso ao abrigo Renascer. Naquela oportunidade realizou-se apresentação da proposta de estudo junto à coordenação da referida instituição. Desde o primeiro contato com o abrigo teve-se a receptividade dos profissionais, que se mostraram abertos e reconheceram a importância da proposta investigativa.

Posteriormente, recebeu-se a autorização (ANEXO B) para realizar a etapa de imersão no ambiente de convívio dos adolescentes, que se caracterizou pela integração do pesquisador com os sujeitos, visando a partilhar do cotidiano para compreendê-lo (QUEIROZ *et al.*, 2007). Essa etapa aconteceu por meio de visitas pré-agendadas ao abrigo (ANEXO C), como também pela participação do pesquisador nas atividades realizadas pela instituição.

Na validação do vídeo (pré-editado) com a população-alvo empregou-se o Grupo Focal como técnica de coleta de informações. A escolha advém da sinergia da técnica, da maior diversidade e profundidade das respostas, do esforço combinado dos participantes, o que produz mais informações do que o simples somatório de respostas individualizadas (SOUZA, 2011).

O Grupo Focal é uma técnica de coleta de informações que proporciona a obtenção de dados com profundidade em menor espaço de tempo. Por seu intermédio afloram não apenas as percepções individuais, mas também aquelas oriundas das interações do

coletivo, expressas nas estruturas discursivas e na defesa ou na crítica de temas e aspectos relevantes da pesquisa (RUEDIGER; RICCIO, 2006).

O planejamento e a montagem de grupos focais contemplam algumas características comuns e que são recomendáveis para a aplicação dessa técnica, quais sejam: a) o número de participantes pode variar entre 6 e 12 pessoas e com percentual de 20% de convidados a mais, para eventuais substituições em ausências inesperadas; b) os critérios para a seleção dos participantes das sessões do Grupo Focal (como por exemplo, idade, local de residência, ocupação), são determinados em função dos objetivos do estudo (amostra intencional); c) em geral o delineamento da pesquisa prevê a formação de mais de um grupo focal para obtenção dos dados; d) o Grupo Focal é conduzido por um moderador e é recomendável ser acompanhado por um observador participante; e) no final das sessões a gravação das atividades deve ser transcrita e analisada a fim de que se possa verificar se a condução do grupo necessita de reformulações, adições ou aprofundamento de questões a serem discutidas, como também se os objetivos da técnica foram atingidos.

Os participantes do Grupo Focal foram 10 adolescentes com idade entre 15 e 18 anos incompletos. Os critérios de inclusão foram adolescentes com vida pregressa de rua, estar em acolhimento no abrigo; e apresentar condições físicas e psíquicas para participar do estudo. O critério de exclusão adotado foi adolescente com dificuldade de compreensão para avaliar o vídeo.

A amostra foi não probabilística por conveniência. Os adolescentes em acolhimento no abrigo Renascer foram convidados a participar da pesquisa. Foi explicada a importância do estudo; foram esclarecidas as dúvidas a respeito dos procedimentos da pesquisa; e foi mencionada a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). Uma das vias ficou com o próprio participante e/ou responsável legal.

Ao realizar investigações que envolvem vários encontros com muitos participantes é preciso elaborar um planejamento cuidadoso com vista a evitar as situações que possam inviabilizar a realização do estudo. Elaborou-se o planejamento dos grupos focais por meio de roteiro contendo perguntas norteadoras (APÊNDICE G), que foram afixadas gradativamente, com os tópicos motivadores de discussão, pautadas nos objetivos de cada grupo focal (DAMICO, 2006; SOUZA, 2011).

Com relação ao roteiro dos grupos focais é importante considerar que um bom roteiro para as discussões deve permitir o aprofundamento progressivo (técnica do funil),

como também possibilitar a fluidez de discussão sem que o moderador necessite intervir muitas vezes (SOUZA, 2011).

Na condição de pesquisador, o moderador teve o cuidado de não influenciar nos posicionamentos dos participantes, quer seja bloqueando, quer seja estimulando algumas falas, com vista a evitar vieses na pesquisa. Os grupos focais contaram com a participação de dois observadores, sendo um acadêmico de enfermagem com experiência em coordenação de grupo, e um profissional da própria instituição que após convite aceitou participar do estudo na condição de assistente.

Para possibilitar uma boa condução do grupo foi elaborada uma lista contendo atribuições que cada um dos assistentes desenvolveria durante as sessões grupais, além de ter sido preparada outra lista que continha todos os recursos materiais a serem utilizados. Destaque-se que na fase anterior às sessões grupais teve-se o cuidado de evitar a abordagem precoce dos temas a serem discutidos com detalhes visando ao não enfraquecimento da discussão.

Realizaram-se três grupos focais. As sessões ocorreram em dias alternados, no período da manhã, iniciando-se às 8h30min. A duração média de cada sessão foi de uma hora a uma hora e meia. Cada sessão teve seu objetivo e foi organizada em seis momentos distintos: aquecimento, destinado ao acolhimento dos adolescentes; atividade de integração, espaço aberto para retomar a produção dos grupos anteriores e discutir os tópicos gerados; construção do entendimento, momento de apresentação do vídeo educativo; aprofundamento dos pontos específicos, espaço no qual foram feitas as perguntas norteadoras, sendo as informações mais importantes da discussão profunda registradas; rodada de comentários e avaliação, momento destinado a perguntas e sugestões para o próximo encontro, e realização de uma breve avaliação por meio de resumo das informações discutidas pelos participantes; e o lanche, momento marcado por descontração do grupo.

As sessões foram gravadas em áudio, para posterior transcrição e análise, considerando o acordo firmado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A agenda dos três grupos focais foi previamente planejada, compondo um roteiro de temáticas a serem exploradas a partir do interesse da pesquisa antes de começar a coleta das informações.

4.6 Organização das informações obtidas nos Grupos Focais

Para compreender o significado dos dados obtidos nos Grupos Focais com os adolescentes, na etapa de validação do vídeo educativo procedeu-se a organização e

categorização dessas informações pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Consiste na organização e tabulação de informações de cunho qualitativo de natureza verbal, obtidos de depoimentos, extraindo de cada uma das ideias centrais as ancoragens e suas correspondentes expressões-chave (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Para elaborar os DSCs criaram-se as seguintes figuras metodológicas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014): Expressões-Chave (ECHs) - fragmentos ou trechos do discurso que revelam a essência do depoimento, ou seja, do conteúdo discursivo dos fragmentos correspondentes às questões da pesquisa. Com as expressões-chave foram construídos os DSCs; Ideia Central (IC) - expressão linguística que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs. Essa figura metodológica deverá ser precisa e fidedigna. A IC é uma descrição do sentido ou de um conjunto de depoimento, não sendo apenas uma mera interpretação destes; o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – constitui-se a principal das figuras metodológicas. Deve ser redigido na primeira pessoa do singular, devendo ser grafado em itálico para indicar que se trata de uma fala ou de depoimento coletivo. Na elaboração do DSC o pesquisador parte dos discursos em estado bruto, submetendo-os à análise inicial assinalando as expressões-chave e extraindo as principais ancoragens e ideias centrais, o que culmina em um discurso-síntese.

Na elaboração dos DSCs, levaram-se em consideração os seguintes princípios (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005): Coerência, que consiste na agregação de trechos isolados de depoimentos formando um discurso coerente, onde cada parte é constituinte do todo, e vice-versa; Posicionamento próprio: cada discurso deve ser distinto, original, específico sobre a temática investigada; Tipos de distinção entre os DSCs: quando a pergunta da pesquisa gera uma resposta que apresenta mais de um DSC, estes devem ser distinguidos por critérios de diferença/antagonismo, no qual a apresentação em separado é obrigatória, ou de complementaridade. Nesse caso o pesquisador pode optar em apresentar os resultados de forma detalhada ou genérica; Produzindo uma “artificialidade natural”: é como se apenas um participante falasse pelos demais integrantes do grupo, traduzindo uma construção artificial.

Para que o discurso coletivo apresente uma sequência estrutural clara e coerente o pesquisador deve ‘limpar’ as particularidades dos fragmentos selecionados de um depoimento, encadeando narrativamente todas as ideias presentes nos depoimentos para que a figura não fique incompleta (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O protocolo da pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e obedeceu aos aspectos ético-legais relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, que destaca o respeito ao anonimato, a não maleficência, o direito do participante de se afastar da pesquisa no momento que desejar (BRASIL, 2013). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o CAAE 15776013.3.0000.5054 (ANEXO D).

Os participantes deste estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e foi respeitada a livre escolha dos sujeitos em participar ou não, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em caso de concordância na participação do estudo, cópia do termo para os juízes e outro para os adolescentes e seus responsáveis legais.

É importante mencionar que em nenhuma das etapas que compuseram este estudo se fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção dos participantes.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Educar é impregnar de sentido o que fazemos a cada instante!” (Paulo Freire)

5.1 A ideia – Elaboração do vídeo educativo

5.1.1 Pré-produção: sinopse ou *storyline*

Na construção do roteiro o primeiro item desenvolvido é a ideia, que consiste na necessidade de o roteirista relatar o que vai ser abordado no vídeo (CARREIRO, 2008; CAMPOS, 2009).

A ideia do vídeo surgiu dos achados de Luna (2011), que ao desenvolver ações de educação em saúde com adolescentes em situação de rua mediadas pelos círculos de cultura evidenciou o uso de drogas como fator condicionante para as práticas sexuais desprotegidas, a rua como lugar de sexo fácil e a prostituição como meio de disseminação de doenças. Os participantes do retrocitado estudo expressaram ter conhecimento sobre o risco da relação sexual desprotegida, todavia afirmaram que quando estão sob o efeito de drogas são incapazes de assumir um comportamento sexual responsável.

De posse desses achados surgiu a ideia de elaborar um vídeo que pudesse ser utilizado pelos profissionais que atuam na assistência desses adolescentes, em especial, o enfermeiro da atenção básica. Definiu-se a ideia fundamental norteadas pela literatura sobre prevenção de DST/HIV/aids presente nas diretrizes do Programa de Prevenção do Ministério da Saúde.

Com a ideia pré-concebida elaborou-se, seguindo as orientações de Comparato (2009), a seguinte *storyline* - em cinco linhas constitui-se o primeiro conflito que serviu como base para o roteirista (o próprio pesquisador) na elaboração da história a ser construída:

“O vídeo retrata o conhecimento de adolescentes em situação de rua acerca da prevenção das DST/HIV/aids. Mostra as situações de vulnerabilidade e de risco vivenciados por esses adolescentes no ambiente de rua e ratifica a importância do uso da camisinha em todas as relações sexuais como medida de proteção às DST/HIV/aids”.

A partir de então, desenvolveu-se a primeira versão do roteiro do vídeo educativo.

5.1.2 Pré-produção: argumento

O argumento é a etapa da pré-produção, que revela como as personagens serão transportadas para a tela. Ao elaborar o argumento do vídeo especificou claramente e de forma concreta os acontecimentos, a localização, a temporalidade, o decurso da ação dramática e a criação das personagens que deram origem à história (COMPARATO, 2009; CAMPOS, 2009).

A concepção do formato do vídeo levou em consideração as características técnicas específicas de audiovisuais enquanto recursos didáticos que recomendam um intervalo de tempo de 10 a 20 minutos, o que possibilita a abordagem de conteúdo e permite que os espectadores assimilem a mensagem. Decidiu-se elaborar um vídeo em série, com o intuito de contribuir para a aquisição do domínio da linguagem e o desenvolvimento de competências técnicas específicas do vídeo enquanto estratégia pedagógica (ALMEIDA; REZENDE; LIMA, 2013).

Com o formato do vídeo definido elaborou-se o argumento a seguir:

“Vídeo de intervenção social contendo três séries que abordam o conhecimento, as vulnerabilidades e a prevenção de DST/HIV/aids entre os adolescentes em situação de rua. O vídeo tem quatro personagens principais: Bruno, João, Lucas e Magali. Conta, ainda, com duas coprotagonistas: a apresentadora/jornalista e a enfermeira. Cada série do vídeo apresenta cenas contendo depoimentos reais que retratam a realidade vivenciada pelo público-alvo do vídeo. Os figurinos das personagens principais são similares às vestimentas dos adolescentes quando estão no convívio do albergue. As cenas ocorrem nos seguintes cenários: o local de convívio social (ambiente de rua), e o cenário que representa o ambiente institucional (Núcleo Albergue João XXIII). Devido a questões legais não foi possível gravar diretamente na instituição de apoio dos adolescentes e, por isso, optou-se por local que retratasse a instituição. O vídeo apresenta experiências reais que evidenciam o conhecimento, as vulnerabilidades e a prevenção das DST/aids dos adolescentes. Conta com vários diálogos entre os adolescentes e entre os adolescentes e a enfermeira, possibilitando troca de informações e problematização do tema. Além disso, nas séries lançou-se mão de vários recursos educativos, dentre eles: grafismo, *stop mottions*, rap, *slides* ilustrativos, “voz off”, uma apresentação mostrando o uso correto da camisinha etc., com vista a promover a interatividade na divulgação do conteúdo e mensagem do vídeo. A apresentadora fornece informações e explica dúvidas que surgem após a interação dos adolescentes, ajudando o telespectador no entendimento dos termos e conceitos que estão envolvidos na prevenção das

DST/aids. A enfermeira aparece em roda de conversa com os adolescentes abordando os riscos do viver em ambiente de rua, prestando orientações e esclarecendo dúvidas acerca da temática abordada nas séries do vídeo.”

O argumento elaborado proporcionou uma visão ampla do vídeo, o que permitiu observar as possibilidades de realização das etapas de produção do audiovisual. O argumento também possibilitou a avaliação da quantidade de personagens, figurinos, cenários, objetos, locações e outros elementos importantes e fundamentais da produção da proposta (COMPARATO, 2009; GOMES, 2009).

5.1.3 Pré-produção: criação dos personagens

Conforme a definição da *storyline* são criados os personagens que vivenciam o conflito. Assim, com a definição desses elementos importantes que dão origem à história o roteirista constrói o argumento. Conforme Comparato (2009), nessa fase acontece a estruturação das cenas a serem transportadas para a tela de maneira objetiva, concreta e clara, evidenciando os acontecimentos, o tempo, a localização, as características das personagens e a atuação dramática destas do início ao final de cada bloco que compõe a história.

Sendo assim, definiu-se que o vídeo teria uma apresentadora com formação em jornalismo e enfermagem, pois desta forma a mensagem científica do vídeo seria transmitida com mais propriedade e domínio de técnica e conteúdo. Uma enfermeira, um grupo de adolescentes que representasse o público-alvo do vídeo, visto que estes, por impedimento legal, não puderam atuar diretamente no vídeo, uma pessoa para fazer a “voz off” e os relatos dos adolescentes em situação de rua que participaram das ações educativas desenvolvidas na pesquisa de Luna (2011), atendendo ao propósito de criar cenas que retratassem os pontos de identificação quando os telespectadores percebem que as personagens enfrentam um problema vivido por eles (COMPARATO, 2009; CAMPOS, 2009).

Ainda com relação à estruturação das cenas, estas foram elaboradas com o auxílio de recursos técnicos como: *Stop Motions*, “voz off”, grafismo, rap, músicas instrumentais, slides animados e etc., com vista a tornar o conteúdo do vídeo mais dinâmico e atraente.

Em relação à temporalidade das cenas, algumas se apresentaram mais longas, outras mais curtas, sempre dependendo do tipo de mensagem que se queria passar. Incluíram-se em cada bloco de cenas aspectos singulares do público a que o vídeo se destinava como: o tipo de linguagem dos atores que representavam os adolescentes em situação de rua, os ambientes que retratassem o convívio institucional e de rua, e a forma de vida, suas crenças e

costumes.

5.1.4 Pré-produção: roteiro

O roteiro foi construído baseando-se nas três categorias temáticas que surgiram na pesquisa de Luna (2011): conhecimento, vulnerabilidade e prevenção das DST/HIV/aids entre adolescentes em situação de rua. Vale ressaltar que foram elaboradas duas versões do roteiro que passaram por validação de conteúdo e de técnica até chegar à versão final (APÊNDICE H).

5.2 Validação do roteiro do vídeo por juízes de conteúdo

Primeiramente, é importante esclarecer que a validação do roteiro aconteceu em duas etapas. A primeira ocorreu por meio da validação com juízes do conteúdo, que tiveram papel fundamental na análise das características da mensagem a ser passada no vídeo. De posse das sugestões/recomendações dos juízes de conteúdo foram realizadas as alterações na primeira versão do roteiro e, em seguida, procedeu-se a validação por juízes da técnica.

Salienta-se que as três avaliadoras de conteúdo são estudiosas com vasta experiência na área temática de prevenção de DST/HIV/aids e produziram vídeos educativos em suas teses de doutoramento. Estas obtiveram, no somatório total dos pontos do Sistema de Classificação de *experts*, excelente pontuação.

Assim, após a análise dos questionários de caracterização dos juízes, verificou-se que os três apresentaram seis pontos quanto ao grau de domínio numa pontuação que vai de zero a seis, o que demonstra um elevado nível de *expertises* dos juízes selecionados.

Os juízes de conteúdo são doutores em enfermagem com experiência na assistência em saúde sexual e reprodutiva, com participação em grupos de pesquisa e atividade docente, além de experiência em construção e validação de vídeo educativo.

Os avaliadores de conteúdo receberam instrumentos de avaliação do roteiro do vídeo, carta convite para participar da validação, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a primeira versão do roteiro. De acordo com os critérios de avaliação de conteúdo estipulados procedeu-se a avaliação dos subitens de acordo com a valoração: C = de acordo; AP = acordo em parte; D = desacordo e NA = Não se aplica.

As variáveis avaliadas foram: conceito de ideia, objetivos do vídeo, conteúdo das informações, relevância do conteúdo, ambiente, diálogo, imagens e cenas.

No que se refere ao conceito da ideia, os três avaliadores de conteúdo concordaram que o conteúdo temático é atual e coerente com o objetivo do vídeo, que por sua vez é coerente com a realidade. Os objetivos propostos no roteiro são adequados para serem efetivados.

Quanto ao aspecto que envolve o conteúdo da informação apresentada no roteiro, foi julgado em concordância por uma das avaliadoras, e “em parte” por duas julgadoras. Estas duas justificaram sua avaliação na necessidade de redução de cenas para promover maior interesse do público-alvo. Foi sugerido que os diálogos entre os adolescentes fossem enriquecidos, as cenas com a apresentadora fossem reduzidas, e a mensagem apresentada pela apresentadora fosse utilizada com uma linguagem mais simples e adequada ao público-alvo.

Com essas observações foi substituído o termo “ejaculação” por “gozar dentro”. No entanto, vale frisar que alguns termos técnicos no discurso da apresentadora tiveram que ser mantidos, visto que não se encontrou termo similar que passasse a mesma ideia de forma clara e compreensível. Como exemplo cita-se o termo “vulnerabilidade”.

A reformulação dos diálogos e a retirada de termos técnicos do roteiro aconteceram com vista a promover maior compreensão. Ressalta-se que as variáveis destinaram-se a avaliar o roteiro em sua organização geral, quanto à estrutura e à estratégia de apresentação da mensagem, e não o vídeo produzido (COMPARATO, 2009).

Com relação às imagens e às cenas dos personagens, referentes ao terceiro item avaliado, os três juízes “concordaram em parte” que as cenas retratam aspectos importantes para levar o adolescente a refletir sobre a importância da adoção de medidas protetivas frente às DST/HIV/aids. Mostraram a necessidade de ajustes no roteiro com vista a envolver mais os personagens no diálogo, usar a criatividade e o lúdico para cativar os telespectadores.

As principais modificações sugeridas pelos juízes de conteúdo destacam-se a seguir:

O conteúdo, apesar de retratar a realidade dos adolescentes, apresenta-se em algumas cenas linguagem bastante técnica (Avaliadora de conteúdo 01).

O roteiro retrata cenas longas e cansativas. O apresentador poderia ser retirado em alguns momentos e no lugar de sua fala focar mais o diálogo entre os adolescentes. Sugiro utilizar linguagem mais simples na fala do (a) apresentador (a) (Avaliadora de conteúdo 02).

Pelo roteiro, percebe-se que as cenas estão cansativas e o interesse do adolescente pela temática abordada no vídeo poderá não se manter até o final (Avaliadora de conteúdo 01).

Acho que deve evitar as cenas muito longas. Cenas curtas e objetivas facilitam a compreensão e o aprendizado (Avaliadora de conteúdo 03).

A apresentação das personagens retratando as situações de risco e vulnerabilidades são bem pesadas. Será que é necessário fazer os adolescentes lembrar todo o sofrimento vivido? Você poderia deixar os relatos menos sofridos (Avaliador de conteúdo 02).

Assim, nas cenas em que a apresentadora aparecia seguidamente explicando a temática foram substituídas por “voz *off*”. Utilizou-se o recurso de *Stop Motions* e grafismo para ilustrar as cenas.

O estilo de redação do roteiro do vídeo foi considerado por dois avaliadores como “concordo em parte”, e uma terceira discordou, afirmando que necessitava substituição dos termos técnicos, principalmente na voz da apresentadora. As sugestões foram acatadas em grande parte, mas vale salientar que quando os termos técnicos foram necessários utilizaram-se imagens explicativas.

5.2.1 Validação do roteiro por juízes técnicos

Após a validação realizada com os juízes de conteúdo o roteiro do vídeo foi avaliado por cinco juízes da área de comunicação, os quais validaram as características técnicas do referido vídeo. Assim, é importante mencionar que a versão que havia sido enviada para validação pelos juízes de conteúdo sofreu alguns ajustes solicitados e somente após esse processo ocorreu a avaliação pelos juízes técnicos, ou seja, a segunda versão do roteiro.

Pela breve caracterização dos juízes de técnica verificou-se que estes tinham formação em audiovisuais e novas mídias, comunicação social e jornalismo. Alguns destes eram especialistas em cinema e TV; produção executiva e roteirista; e tecnologias da educação. Abaixo seguem os dados de caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo segundo os critérios para juízes da validade técnica de Barbosa (2008), Joventino (2013), com adaptações (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo.

| Critérios para juízes da validade técnica | n | % | Pontuação |
|---|----------|----------|------------------|
| Ser doutor em comunicação social | - | - | 4 |
| Possuir tese na área de produção de vídeos | - | - | 2 |
| Ser mestre em comunicação social | - | - | 3 |
| Possuir dissertação na área de produção de vídeos | - | - | 2 |
| Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre vídeos | - | - | 1 |
| Possuir experiência no desenvolvimento de vídeos educativos | 5 | 100 | 2 |
| Possuir especialização na área de comunicação | 3 | 60 | 2 |

Verificou-se que três (60%) juízes obtiveram quatro pontos no Sistema de Classificação adotado, e os demais (40%) alcançaram dois pontos. A avaliação dos referidos juízes acerca dos aspectos relacionados a técnica do roteiro do vídeo pode ser verificada por meio do quadro 05.

Tabela 7 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica do roteiro vídeo.

| Variáveis | n | % |
|--|----------|----------|
| Conceito da ideia | | |
| Conteúdo adequado ao objetivo do vídeo de elevar a confiança do adolescente para se prevenir das DST | 5 | 100 |
| A ideia auxilia a aprendizagem | 5 | 100 |
| A ideia é acessível | 5 | 100 |
| O roteiro é útil | 5 | 100 |
| O roteiro é atrativo | 5 | 100 |
| Construção dramática | | |
| O Ponto de partida do roteiro tem impacto | 5 | 100 |
| Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce | 5 | 100 |
| Numero de cenas é suficiente | 5 | 100 |
| Tempo de duração suficiente | 5 | 100 |
| Apresentação do roteiro é agradável | 4 | 80 |
| Ritmo | | |
| Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente | 5 | 100 |
| O ritmo é cansativo | - | - |
| Há dinamismo dos ambientes | 5 | 100 |
| As formas de apresentação das cenas são adequadas | 5 | 100 |
| Personagens | | |
| O perfil das personagens é original | 5 | 100 |
| Os valores das personagens têm consistência | 5 | 100 |

| Variáveis | n | % |
|---|----------|----------|
| Potencial dramático | | |
| É desenvolvida uma expectativa | 5 | 100 |
| Diálogos (Tempo dramático) | | |
| No diálogo cada intervenção motiva outra | 5 | 100 |
| Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história | 4 | 80 |
| Estilo visual (Estética) | | |
| Existem muitas repetições de cenário/ambiente | 1 | 20 |
| As imagens são adequadas | 5 | 100 |
| A estrutura geral é criativa | 5 | 100 |
| Público referente | | |
| O conteúdo de interesse (prevenção de DST/HIV/aids) tem relação direta com o público alvo (adolescentes em situação de rua) | 5 | 100 |
| Funcionalidade | | |
| O vídeo propõe-se a elevar a confiança do adolescente para se prevenir das DST/HIV/aids | 5 | 100 |
| O vídeo é capaz de gerar resultados positivos | 5 | 100 |
| Usabilidade | | |
| É fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações | 5 | 100 |
| Fornecer ajuda de forma clara | 5 | 100 |
| Fornecer ajuda de forma completa | 5 | 100 |
| Fornecer ajuda sem ser cansativo | 4 | 80 |
| Eficiência | | |
| O tempo proposto é adequado para que o adolescente aprenda o conteúdo | 5 | 100 |
| O tempo proposto é adequado para que o adolescente possa se sentir confiante em se prevenir das DST/HIV/aids | 5 | 100 |
| O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo | 5 | 100 |
| O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto | 5 | 100 |
| O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível ao adolescente | 4 | 80 |

Visualizou-se concordância por parte da maioria dos juízes quanto aos aspectos: conceito da ideia; construção dramática; ritmo; potencial dramático; estilo visual; público referente; na usabilidade e na eficiência.

No quesito eficiência nos discursos entre os personagens, quatro juízes (80%) consideram que este é eficiente e compreensível aos adolescentes. Quanto ao estilo visual (estética) um juiz (20%) referiu à existência de repetições de cenários/ambientes.

Quanto à avaliação geral do vídeo os cinco juízes (100%) consideram a adequação do vídeo ao público-alvo como ótima. No que diz respeito à ideia e construção dramática foram tidas como ótimas por quatro juízes (80%) e muito boas por um juiz (20%). Os diálogos, outro item avaliado, foram considerados muito bons por quatro juízes técnicos (80%).

Entre as recomendações e sugestões dos juízes de técnica destacam-se as seguintes:

Achei as cenas com a apresentadora muito longas, veja se poderia alternar com os diálogos dos adolescentes e com a voz “off” (Avaliador de Técnica 05).

A ideia de dividir o vídeo em série foi muito boa, pois o conteúdo é denso e se fosse repassado em um único vídeo poderia não prender a atenção do adolescente (Avaliador de Técnica 02).

Acredito que durante as gravações o roteiro poderá ficar mais leve o que daria mais dinamismo as cenas (Avaliador de Técnica 05).

Sinto a necessidade de imagens exemplificativas ou texto ilustrativo durante a “voz off”, pois existem termos técnicos que poderão não ser compreendidos pelos adolescentes (Avaliador de Técnica 03).

Acredito que o uso do “Stop Motion” associado ao grafismo dará um dinamismo maior ao vídeo e o deixará com a cara dos adolescentes. Vai cativar a atenção da garotada. Fiquei com dúvidas quanto ao uso do rap, como e onde será gravado? (Avaliador de Técnica 01).

Sugiro que os diálogos sejam reduzidos para promover maior dinamismo às ações dramáticas (Avaliador de Técnica 04).

Como aconteceu na validação de conteúdo, as recomendações e sugestões apontadas pelos juízes de técnica foram analisadas durante a revisão do roteiro para se elaborar a versão final. Alguns recursos técnicos foram acrescentados para promover maior interatividade e dinamismo no vídeo, diálogos foram reorganizados, falas reduzidas. O tempo total de cada série do vídeo também sofreu ajustes com vista à adequação às recomendações para produção de audiovisuais educativos.

No intuito de deixar o vídeo mais dinâmico e atrativo inseriram-se áudio instrumental e músicas que pontuassem a sequência das situações apresentadas nas cenas propostas no vídeo.

5.3 Produção do vídeo educativo

Essa etapa contou com a participação de 6 atores, sendo que 4 eram adolescentes e integrantes do grupo de teatro Degraus do município de Baturité - CE, e duas convidadas que representaram a apresentadora e a enfermeira. Preocupou-se em encontrar atores que se adequassem às características dos personagens do vídeo.

Na gravação do vídeo, contou-se com o trabalho de 7 profissionais especialistas com experiência em produção de vídeos, os quais utilizaram equipamentos técnicos profissionais tais como: câmeras profissionais, tripés, iluminação e anteparos apropriados.

O vídeo foi gravado em dois finais de semanas. Primeiramente, procedeu-se a gravação das cenas com a apresentadora realizadas em cenário interno (estúdio). No segundo momento, enfocou-se na gravação das imagens que ocorreram nos cenários que retrataram o convívio institucional dos adolescentes e o ambiente de rua.

As cenas foram filmadas em tomadas, isto é, intervalos de tempo entre o início e o término de cada gravação. As cenas foram formadas pelo conjunto de tomadas e, conseqüentemente, o vídeo educativo constitui-se pelo conjunto de cenas (BARBOSA, 2008; JOVENTINO, 2013).

É salutar informar que foram realizados ensaios com os atores que compuseram o elenco do vídeo, para tanto foi entregue, antecipadamente, o roteiro a cada um para a familiarização com os seus papéis.

As cenas que ocorreram em cenário externo precisaram ser gravadas mais de uma vez para que se chegasse a um resultado satisfatório, no que diz respeito aos ângulos, à luz, às falas e expressões. Alguns *letterings* foram gravados no áudio (formato *off*) para no momento da edição ser inseridos no vídeo com vista a orientar os expectadores acerca de alguns cuidados preventivos a DST/HIV/aids.

5.4 Pós-produção do vídeo educativo

Com a finalização das gravações do vídeo ocorreu a etapa de edição, que ficou sob a responsabilidade da mesma empresa que efetuou a produção do vídeo. Nessa etapa foram escolhidas as músicas (áudio) e a organização das cenas com as suas respectivas falas. O programa utilizado nessa etapa foi o *Sony Vegas*, software profissional de edição de vídeo. Realizou-se também uma seleção de imagens e figuras de acesso livre na internet para incrementar o vídeo e deixá-lo mais dinâmico, alegre e atrativo.

Após a conclusão da edição do vídeo realizou-se revisão do material editado várias vezes. Nessa etapa contou-se com o apoio da orientadora e da coorientadora do estudo que foram convidadas para assistir ao vídeo e fizeram várias sugestões e recomendações. As alterações de ordem estético-visual têm em vista promover melhoria na qualidade do vídeo.

O vídeo foi finalizado com a série 01 contendo 13 minutos e 10 segundos, incluindo-se os créditos; a série 02, com 16 minutos e 44 segundos, inclui os créditos; e a

série 03, com 12 minutos e 7 segundos. O tempo de cada série do vídeo ficou de acordo com as recomendações técnicas para vídeos com caráter educativo, a fim de que o público se mantenha atento ao conteúdo.

5.5 Validação do vídeo educativo pela população-alvo

Estudos evidenciam que a validação com o público ao qual se destina o vídeo educativo é de extrema importância, pois são eles quem vão usufruir do material educativo produzido (FERREIRA *et al.*, 2010; SOUSA; TURRINI, 2012; MARTINS *et al.*, 2012).

A validação de tecnologias educativas pelas pessoas leigas, às quais o recurso é destinado, enfatiza o reconhecimento do público e reforça a necessidade de participação desses agentes como sujeitos da sua própria história e que apresentam um olhar crítico e realista sobre o contexto no qual estão inseridos (FREIRE, 2007).

Logo, com o intuito de conhecer o contexto de vida dos adolescentes realizou-se o processo de imersão no ambiente institucional e de convívio desses sujeitos. Essa etapa baseou-se na prática pedagógica que valorizou o diálogo como elemento fundamental de interação. A expressão das opiniões com liberdade foi favorecida pelo vínculo estabelecido entre educandos-educador (FREIRE, 2008).

Realizou-se a validação do vídeo com um grupo de 10 adolescentes do sexo masculino com vida pregressa de rua e em situação de acolhimento. Com relação à faixa etária desses adolescentes, esta variou entre 14 e 17 anos. Outras informações socioeconômicas e de acolhimento dos adolescentes estão descritas no Quadro síntese (APÊNDICE I).

A opinião avaliativa dos adolescentes sobre o vídeo educativo gerou 13 Ideias Centrais (ICs), obtidas por meio do diálogo produzido em cada questão norteadora das três sessões de grupos focais realizados.

Para apresentação das informações obtidas na etapa de validação do vídeo com o público-alvo selecionaram-se as ECHs advindas dos grupos focais. Apreenderam-se as ICs e se construíram os DSCs, a seguir apresentados e discutidos.

Quadro 4 - Ideia Central: O vídeo leva ao conhecimento sobre as DST/HIV/aids

| | |
|--|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eu gostei do rap, ele disse que as DST são doenças muito graves e pegam se transar sem usar a camisinha; - O vídeo disse que as DST são causadas pela falta de proteção e que a aids pode levar a morte; - Pra mim esse vídeo ensina a evitar essas doenças; - Bom, só gostei do rap, pois ficou fácil entender sobre essas doenças; - Tio, seu vídeo é educativo, ensina a se prevenir dessas doenças; - Só gostei do rap porque ele fala das DST e que a camisinha evita essas doenças. | <p>DSC: <i>O vídeo disse que as DST são causadas pela falta de proteção e que a aids pode matar. Para mim esse vídeo é educativo e importante, pois com ele fica fácil entender sobre as DST/HIV/aids. Gostei muito do rap, com ele aprendi que usando a camisinha se previne dessas doenças.</i></p> |
|--|--|

Emerge, a partir do discurso, que o vídeo, ao utilizar outros recursos técnicos como o *rap*, permite que a informação seja apresentada de forma clara, alegre e divertida, o que reforça o aprendizado sobre as DST/HIV/aids.

A literatura afirma que a utilização de recursos didáticos e pedagógicos no desenvolvimento de objetos educativos, como o vídeo, amplia as possibilidades de associação de conceitos. Permite, também, que as informações possam ser apresentadas de diversas formas, o que reforça o aprendizado dos conteúdos temáticos (XELEGATI; ÉVORA, 2011).

A utilização de recursos educativos no processo de ensino é essencial para viabilizar a construção do conhecimento. O uso dessas ferramentas didáticas facilita o aprendizado e possibilita a associação de conceitos nas estruturas cognitivas dos adolescentes (FROTA *et al.*, 2013).

Estudos trazem várias experiências favoráveis e que evidenciaram a importância da utilização de vídeo como instrumento que facilita a compreensão e o interesse do público pela temática, pois viabilizam o processo ensino-aprendizagem (BARBOSA, 2008; SOUSA, 2010; ANJOS, 2011; JOVENTINO, 2013).

Percebeu-se que ao agregar outros recursos técnicos ao vídeo este ficou mais interessante e atrativo, o que contribuiu para que os adolescentes tivessem melhor entendimento sobre a prevenção de DST/HIV/aids, conforme o discurso a seguir.

Quadro 5 - Ideia Central: O vídeo leva ao entendimento sobre a prevenção das DST/HIV/aids

| | |
|---|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ah, o vídeo fala das DST. O rap disse que evita essas doenças usando a camisinha; - O vídeo fala que devemos usar a camisinha para prevenir essas doenças; - Gostei do rap porque ele fala que a camisinha evita as DST; - É, e no rap diz que quando a gente tem relação precisa usar a camisinha para evitar as doenças; - Com o rap, entendi que o contato com sangue contaminado e relações sexuais sem camisinha passa a aids. | <p>DSC: <i>O vídeo fala que para evitar as DST é preciso usar a camisinha durante todas as relações sexuais. Entendi que é importante para a prevenção de DST/HIV/aids evitar uma relação sexual sem camisinha ou entrar em contato com sangue contaminado.</i></p> |
|---|--|

Nota-se, pelos discursos, que o vídeo ajuda os adolescentes na construção de um melhor entendimento sobre a prevenção das DST/HIV/aids. O rap é considerado um elemento técnico atrativo e possibilita a compreensão da temática abordada no vídeo.

A tecnologia educativa elaborada permitiu não só os adolescentes compreenderem a prevenção de DST/HIV/aids, mas também possibilitou o entendimento do conteúdo de forma persuasiva e motivadora a se sentirem capazes de adotar o comportamento correto frente à prevenção de DST/HIV/aids.

O vídeo, como uma ferramenta facilitadora do processo de ensino-aprendizagem, permite um melhor aprendizado do público a que se destina a informação nele contido. Como exemplo cita-se o vídeo produzido para a promoção do apego seguro entre bebês e mães soropositivas (BARBOSA, 2008).

Pesquisas como esta evidenciam que o processo de ensino-aprendizagem norteado pelo uso de vídeo é facilitado. A utilização desse produto tecnológico contribui para que o aprendizado dure por mais tempo quando comparado ao sistema tradicional de transmissão de informações (PRADO; PERES; LEITE, 2011).

Quadro 6 - Ideia Central: As orientações sobre as DST/HIV/aids abordadas no vídeo são de fácil compreensão

| | |
|--|---|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tio, pra mim foi bem fácil entender que a camisinha é importante e ajuda a prevenir as DST; - Hum, hum, o rap é massa, pois diz cantando que ao ficar com alguém tem que usar a camisinha para não pegar DST; - Tio, esse vídeo é engraçado, né? Pois o pivete fala que pega DST se ficar no chão sem tomar banho. Isso é errado, pois a mulher de branco disse que pega essas doenças se não usar a camisinha; - Eu achei o rap bem legal. Gostei do rap porque ele diz cantando que tem que usar a camisinha sempre que o pivete for transar. | <p>DSC: <i>Pra mim foi bem fácil entender sobre as DST. O rap é massa, pois diz cantando que ao ficar com alguém tem que usar a camisinha para não pegar essas doenças. Esse vídeo é engraçado, né? O pivete falou que se pega DST se não tomar banho ou dormir no chão, mas isso não é verdade, a doutora disse que se não usar a camisinha pega essas doenças.</i></p> |
|--|---|

Em relação às informações sobre DST/HIV/aids abordadas no vídeo educativo, visualiza-se, pelas opiniões dos adolescentes, que a temática apresentada nas cenas é de fácil compreensão.

Os adolescentes enfatizaram que o uso do *rap* contribuiu para a compreensão das informações propostas no vídeo, além de aumentar atratividade do material educativo proposto.

Pesquisas mostram que para um vídeo ser considerado atrativo e de fácil compreensão os materiais nele utilizados devem atender a padrões específicos quanto ao layout, às imagens apresentadas, às cores e ao tamanho da letra das informações textuais (DOAK; DOAK, 2004; ARNOLD *et al.*, 2006).

A atratividade é um elemento essencial na construção de recursos tecnológicos. O vídeo, quando bem planejado e elaborado com o uso de recursos educativos atrativos, não dificulta a aprendizagem. Ao contrário, facilita, atrai e concentra, desperta o interesse, esclarece e fixa as ideias e os educandos aprendem mais facilmente o conteúdo de maneira agradável (CINELLI, 2003).

O elemento atratividade deve ser contemplado em todas as tecnologias educativas, visto que estimula o interesse do público até o final da aplicação da ação educativa. Favorece a aprendizagem e aumenta a interação entre o enfermeiro e a clientela (JOVENTINO, 2013).

Quadro 7 - Ideia Central: O vídeo retrata as DST/HIV/aids como algo perigoso

| | |
|---|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entendi que as DST são doenças perigosas e tem que usar sempre a camisinha para não pegar essas doenças; - Gostei quando os pivetes falaram que as DST são coisas perigosas; - O rap diz que a aids é mortal e que passa se não usar a camisinha; - Vi que o sexo sem usar a camisinha pode passar uma DST para a parceira. O pivete disse que DST é algo perigoso tem que se cuidar; - O vídeo fala que a maioria dos adolescentes não pensam na aids quando vai transar. Isso é perigoso; - No vídeo o pivete diz que fez as coisas sem pensar nas consequências, aí o outro diz que ele é doido e pode pegar a aids. Acho que ele ficou com medo. É, ele transa sem camisinha e isso não pode, não é? | <p>DSC: <i>Os pivetes falaram que as DST são doenças perigosas e que tem que se cuidar. No vídeo o pivete disse que fez sexo sem pensar e não usou a camisinha, então, o outro disse que ele é doido, pois não pensou nas consequências quando foi transar e com isso ele pode pegar a aids que é uma doença mortal. Acho que o pivete ficou com medo de pegar essas doenças perigosas.</i></p> |
|---|--|

Os discursos evidenciam que o vídeo apresenta as DST/HIV/aids como doenças que exigem cuidado, e que a adoção de comportamento de risco pode contribuir para a pessoa se infectar com essas enfermidades.

O conteúdo do vídeo facilita a assimilação de informações relevantes quanto aos riscos provenientes de uma relação sexual desprotegida. No processo educativo para a prevenção de DST/HIV/aids o enfoque informativo deve estar voltado para o esclarecimento de conceitos sobre essas doenças. No entanto, este não deve ser o elemento determinante da estratégia educativa (LUNA *et al.*, 2012).

O elemento informativo precisa ser trabalhado de forma contextualizada, de modo que o participante, ao ver retratada uma situação real, desperte o seu interesse e reflita sobre o conteúdo apresentado e as suas vivências (ANDRADE; ALBUQUERQUE; MAIA, 2007).

No vídeo, a persuasão foi empregada de forma efetiva. As informações contidas nas cenas favoreceram os adolescentes a compreenderem os riscos que estão envolvidos na não adoção de comportamentos sexuais saudáveis. A comunicação persuasiva configurou-se como elemento importante e útil para gerar a reflexão nos adolescentes quanto à importância da adoção de comportamentos preventivos (TONANI; CARVALHO, 2008). Foi evidenciada no discurso de que “*é perigoso transar sem usar a camisinha, pois pode se infectar com a aids que é uma doença mortal.*”

Quadro 8 - Ideia Central: O vídeo despertou no adolescente o interesse em saber mais sobre as DST/HIV/aids

| | |
|---|---|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ah, claro que sim, pois esse vídeo vai ajudar a muita gente a se prevenir das doenças; - É, ele é bom, porque ajuda o pivete a se prevenir das DST; - Sim, com o rap a gente aprende cantando; - Gostei mais do rap; - Sim, sim, pois entendi que com a aids não se deve brincar. Devemos transar só com camisinha; - Eu só sei de uma coisa, o rap me interessou; - Desperta sim interesse em nós. | <p>DSC: <i>Claro que eu gostei desse vídeo, pois ele informa que o pivete deve se prevenir das DST. Com o rap aprendi que com a aids não se deve brincar e que preciso usar camisinha quando for transar. Eu só sei que com o rap a gente aprende cantando. O vídeo despertou em mim o interesse em conhecer para se prevenir das DST.</i></p> |
|---|---|

É perceptível no discurso dos adolescentes que estes demonstraram satisfação quanto ao material apresentado no vídeo. O assunto abordado foi imediatamente relacionado por eles, o que evidencia o fato de a mensagem ser de interesse do público e, por isso, as cenas do vídeo os mantiveram atentos.

É importante mencionar que o uso de vídeo educativo não promove a aprendizagem sozinho. Esta deve estar atrelada à capacidade e à competência do expectador de se interessar pela mensagem e utilizá-la para poder se beneficiar ou não. Logo, promove-se o afastamento do endeuamento da tecnologia que, por si só, não promove a aprendizagem, apenas fornece informação. É necessário o engajamento daqueles que assiste ao vídeo para construir seu próprio conhecimento. Dessa forma, o vídeo, como recurso educativo, potencializa o processo de aprendizagem e, a partir da simulação, permite ao usuário desenvolver, sintetizar e aplicar seus conhecimentos em uma réplica da experiência real (CINELLI, 2003).

O aprendizado torna-se efetivo e as habilidades dos expectadores terão mais significado se o conteúdo a ser repassado adotar um formato contextualizado, o que possibilita a construção de raciocínio crítico, reflexivo e relacionado com experiências prévias (FREIRE, 2009).

Quanto ao conteúdo, observou-se que o uso do vídeo gerou uma recepção positiva nos adolescentes, inclusive pelo uso do rap. A seguir apresenta-se a transcrição das conversas entre os adolescentes durante um dos grupos focais. Evidencia-se a aceitação dos adolescentes quanto ao conteúdo da mensagem.

Quadro 9 - Ideia Central: O vídeo é educativo e ajuda o adolescente a entender as DST/HIV/aids

| | |
|---|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esse vídeo é educativo, mas o rap é bem melhor; - Gostei do rap, porque é uma forma divertida de falar dessas doenças; - Eu achei esse vídeo importante e educativo; - Esse vídeo vai ajudar muitos adolescentes porque é um jeito divertido de conhecer essas doenças. O rap é bem legal. | <p>DSC: <i>Eu achei esse vídeo educativo porque é uma forma divertida de falar das doenças sexualmente transmissíveis. Acho que esse vídeo vai ajudar muitos adolescentes a se prevenir das DST porque com o rap a gente aprende sobre essas doenças. Gostei do rap, ele é bem legal.</i></p> |
|---|--|

Esse discurso reafirma a ideia de que o uso de linguagem audiovisual contribui para que a aprendizagem seja um processo construtivo, significativo e pessoal. Os meios audiovisuais desempenham papel importante no acesso ao conhecimento, à medida que permitem o desenvolvimento do indivíduo em sua totalidade e na sua interação com o outro e com o mundo (BASSO; AMARAL, 2006).

Os adolescentes, ao evidenciarem a potencialidade crítica e criativa do vídeo, apontam um elemento importante do uso do vídeo, que é a **comunicação feliz**. Consiste na estratégia de permitir entender o contexto da história e o que dá sentido à mensagem evidenciada pela ordem sequencial da compreensão e do sentido da mensagem, que por meio da desconstrução faz com que o audiovisual seja visto de forma diferente (BASSO; AMARAL, 2006).

O vídeo tem a capacidade de envolver o adolescente num processo de ensino-aprendizagem norteado pela motivação e pelo interesse na busca de novos temas. Envolve um processo prazeroso no qual o conhecimento é trabalhado sem que o indivíduo se dê conta de que esteja envolvido (PAIM, 2006; ARROIO; GIORDAN, 2006).

Quadro 10 - Ideia Central: O vídeo retrata os motivos que levam o adolescente a situação de rua

| | |
|---|---|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tio, aconteceu isso comigo também, às vezes o pivete sai de casa por falta de conversa, porque muitas vezes todos ficam com raiva uns dos outros após brigarem; - Eu também saí de casa por que minha mãe presta mais atenção no companheiro dela do que em nós; - Para não perder o marido às vezes a mãe brigava comigo e um dia eu preferi sair de casa. A história dos pivetes do vídeo é muito parecida com a minha; - É, no meu caso também sai de casa porque me envolvi com as drogas e não posso mais voltar; - Tio, esses pivetes falaram muito do que acontece com a gente. Algumas mães preferem os companheiros aos próprios filhos. | <p>DSC: <i>Eu também saí de casa porque minha mãe prestava mais atenção no companheiro dela do que em nós. Para não perder o marido às vezes a mãe brigava comigo e um dia eu preferi sair de casa. A história dos pivetes do vídeo é muito parecida com a minha. No meu caso também saí de casa porque me envolvi com as drogas e não posso mais voltar. Esses pivetes falaram muito do que acontece com a gente, às vezes o pivete sai de casa por falta de conversa, porque muitas vezes todos ficam com raiva uns dos outros após brigarem. Algumas mães preferem os companheiros aos próprios filhos.</i></p> |
|---|---|

Nesse discurso visualiza-se que a escolha por apresentar cenários reais facilitou a aproximação do adolescente com o seu cotidiano. Corrobora a literatura quando afirma que a utilização de recurso audiovisual compatível com o público permite a aprendizagem a partir das vivências dos sujeitos (ARROIO; GIORDAN, 2006).

Os achados da pesquisa que avaliou a produção de vídeos educativos brasileiros sobre a diarreia infantil mostraram que, em geral, as tecnologias audiovisuais têm priorizado retratar cenários reais ao invés de simular a realidade, porque o uso de imagens reais possibilita a aproximação do cotidiano dos telespectadores, facilitando que o sujeito se identifique com o que está assistindo (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

O enfoque abordado no vídeo proporcionou a constituição de um aprendizado significativo através da interação dos adolescentes ao reconhecerem nas cenas as situações do seu cotidiano (PAIM, 2006).

Quadro 11 - Ideia Central: A história apresentada no vídeo retrata a realidade vivida pelos adolescentes

| | |
|--|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ah, tem tudo a ver. Essa história deles parece muito com a minha. Só que na deles, eles saíram de casa pelas brigas em casa, já a minha foi porque me envolvi com as drogas; - É, isso é o que faz a maioria ir para as ruas. Comigo foi parecido também; - Essa história do filme fez passar um filme em minha cabeça. É igual ao que acontece com a gente. | <p>DSC: <i>A história desse vídeo tem tudo a ver com o que vivemos. Essa história deles parece muito com a minha. Só que na deles, eles saíram de casa pelas brigas em casa, já a minha foi porque me envolvi com as drogas. Isso é o que faz a maioria dos pivetes sair de casa e ir para as ruas. Comigo foi parecido também. Ao assistir esse vídeo passou um filme em minha cabeça, pois me lembrei de tudo que acontece com a gente.</i></p> |
|--|--|

O vídeo, ao mostrar as vivências dos adolescentes, gerou discussão, construção de opiniões e reflexões acerca das situações que vivenciam. Esse recurso educativo pode ajudá-los no entendimento de suas vulnerabilidades, o que contribui para a percepção da importância de mudança de comportamento com vista a minimizar os riscos de se infectar por DST/HIV/aids.

Assim, para que haja uma prática educativa mediadora, segura e de qualidade para a prevenção das DST/HIV/aids, fatores como experiência de vida do adolescente e os riscos do viver o ambiente de rua devem ser considerados, pois influenciam significativamente no processo de aprendizagem desses sujeitos (LUNA *et al.*, 2012; LUNA, 2011). Nesses casos, o trabalho de prevenção através do uso do vídeo educativo que leva em consideração esses fatores pode contribuir para a redução dos riscos existentes nas práticas sexuais dessa população. Esta assertiva é corroborada por diversos estudos que mostram o vídeo como instrumental metodológico valioso no processo de aprendizagem dos sujeitos, não se restringindo aos adolescentes nem à prevenção de DST/HIV/aids, como nos casos dos estudos de Barbosa (2008); Sousa (2010); Anjos (2011); Joventino (2013), que mostraram o vídeo como uma estratégia que favorece ao público-alvo um espaço de aprendizado mediado pelo diálogo, a interação, a observação com situações que retratam suas vivências.

Quadro 12 - Ideia Central: O vídeo mostra os riscos do viver em ambiente de rua

| | |
|---|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ele mostrou que por causa de maus tratos o pivete sai de casa. Aí quando está nas ruas começa a usar drogas. Aí a gente conhece pessoas que oferece essas coisas para nós; - Esse vídeo me fez lembrar o dia que conheci um colega e ele me ofereceu drogas; - É, na rua tem muitas drogas. Todo dinheiro que eu pegava eu comprava drogas; - Realmente, na rua quando a gente sai com outra pessoa nem sempre a gente usa camisinha; - Sim, os pivetes do vídeo mostram a realidade que acontece com a gente nas ruas. | <p>DSC: <i>Esse vídeo mostrou que por causa de maus tratos o pivete sai de casa e quando vai para as ruas conhece pessoas que nos oferece drogas, pois na rua tem muitas drogas e todo dinheiro que o pivete pega é para comprar drogas. Os pivetes do vídeo mostraram a realidade que acontece com a gente na rua. Esse vídeo me fez lembrar o dia que conheci um colega e ele me ofereceu drogas. Realmente, na rua quando a gente sai com outra pessoa nem sempre a gente usa camisinha.</i></p> |
|---|--|

Verificou-se que os adolescentes perceberam os riscos presentes no ambiente de rua e reconheceram nas cenas do vídeo a realidade do seu cotidiano. Houve inter-relação da adoção de práticas sexuais desprotegidas em virtude de vários fatores, principalmente o uso de drogas (LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2013).

Para esses adolescentes que vivenciam o ambiente de rua, e que saem de casa

motivados pela violência familiar e pelo o uso de drogas, a utilização de recurso educativo que aborde informações precisas sobre o risco de infecção pelas DST/HIV/aids, o abuso das drogas, a gravidez não planejada e etc., configura-se estratégia importante para o trabalho de prevenção com essa população (BORGES; MEDEIROS, 2004; LUNA 2011; LUNA *et al.*, 2013).

O vídeo, ao abordar informações relacionadas aos riscos enfrentados por esses adolescentes pela condição de vivência de rua, direciona o processo educativo para a aplicabilidade do conhecimento científico nas ações do cotidiano do sujeito. Cabe salientar que para ocorrer uma efetiva prática educativa o saber científico deve ter relação ou familiaridade com o saber do senso comum (FONSECA; SILVA, 2012), constituindo-se em elemento essencial para a dialógica da ação educativa que favorece o encontro dos sujeitos e a sua transformação (FREIRE, 2010).

Quadro 13 - Ideia Central: O vídeo faz o adolescente refletir sobre os cuidados que deve ter com as drogas e as DST/HIV/aids

| | |
|---|---|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eu acho que sim. Esse vídeo é educativo; - Faz a gente lembrar as coisas que vivemos na rua; _ Tio, esse vídeo mostra que as brigas em casa faz o pivete sair de casa e usar drogas nas ruas; - O vídeo também serve para alertar que devemos ter cuidado com as drogas e com as DST; - Esse vídeo mostra tudo que acontece na rua. Sabia, na rua, os pivetes não usam mesmo camisinha e tem muitas drogas na rua; - A maioria do que foi passado nesse filme é o que acontece nas ruas. Tem muito pivete transando sem camisinha; - Ah tio, realmente na rua tem muito pivete que faz uso de drogas, mas tipo assim, nem todo mundo é viciado. | <p>DSC: <i>O vídeo serve para alertar o pivete quanto aos cuidados com as drogas e com as DST/HIV/aids. Esse vídeo é educativo porque faz a gente lembrar as coisas que vivi na rua. Ele mostra que as brigas em casa fazem o pivete sair para a rua e usar drogas. Sabia, na rua, os pivetes não usam mesmo camisinha e tem muitas drogas na rua, mas tipo assim, nem todo mundo é viciado. A maioria do que foi passado nesse vídeo é o que acontece nas ruas. Tem muito pivete transando sem camisinha.</i></p> |
|---|---|

O vídeo, ao proporcionar ao adolescente uma reflexão acerca de sua vulnerabilidade às drogas e os cuidados que deve ter com esse agravo à saúde, apresenta-se como elemento facilitador e suporte complementar de prática pedagógica que pode levá-lo à adoção de comportamentos saudáveis.

A literatura científica confirma que os materiais educativos para grupos sociais diversos precisam promover mudanças de comportamento, por meio da difusão de informações sobre os problemas de saúde que afetam as pessoas (MONTEIRO, 2009).

Diversos autores da educação e da saúde defendem a ideia de que os recursos

educativos proporcionam uma nova forma de aprender. O vídeo se constitui um elemento que facilita o aprendizado numa perspectiva lúdica, motivacional, atrativa e alegre. Oferece a oportunidade ao adolescente de descobrir novas experiências na construção do conhecimento. No entanto, embora haja o reconhecimento da relevância da produção desse recurso educativo para promover uma educação autônoma e ativa, faz-se necessária a avaliação das repercussões desses recursos no contexto no qual estão os destinatários (MONTEIRO; VARGAS, 2006; PIMENTA *et al.*, 2007; KELLY-SANTOS *et al.*, 2009a; 2009b).

Quadro 14 - Ideia Central: O vídeo mostra que a camisinha é a melhor forma de prevenção

| | |
|--|--|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sim, o filme mostra que temos que se lembrar da camisinha na hora de transar; - O vídeo diz que a camisinha não é só para evitar gravidez é para prevenir da aids; - O vídeo mostra que a camisinha não diminui o prazer. É um erro pensar que ela tira o prazer; - Eu acho que agora vamos sempre se lembrar de usar a camisinha, não é pessoal? (risos); - A camisinha previne as DST; - No vídeo fala muito que a camisinha é a melhor forma de prevenção das DST. | <p>DSC: <i>Eu entendi que a camisinha previne as DST/HIV/aids. O vídeo diz que a camisinha não evita somente a gravidez ela é a melhor forma de prevenção das DST. Aprendi que é um erro pensar que a camisinha tira o prazer. Agora vou lembrar sempre de usar a camisinha quando for transar.</i></p> |
|--|--|

Percebe-se que, ao enfatizar as vantagens e as opções de uso da “camisinha,” o vídeo permite que os adolescentes despertem o interesse pela utilização do preservativo como método eficiente para prevenção as DST/HIV/aids.

O fato de o vídeo ter despertado nos adolescentes a reflexão de que a camisinha não tira o prazer e que precisa usá-la quando for transar, constitui-se um resultado positivo, pois as respostas apresentadas no discurso podem indicar a adoção de postura crítica em relação às práticas para a prevenção de DST/HIV/aids (BOOG *et al.*, 2003).

Ressalta-se, ainda, que somente o conhecimento de como usar a camisinha talvez não seja suficiente para que o adolescente em situação de rua adote um comportamento sexual saudável. No entanto, é algo positivo e reforça a motivação do sujeito para a mudança de comportamento frente às DST/HIV/aids (LUNA, 2011; LUNA *et al.*; 2012).

Quando se optou por o vídeo abordar a prevenção das DST/HIV/aids não somente pelo conhecimento dos fatores de riscos para aquisição dessas doenças, mas também se reforçou o comportamento positivo e a motivação dos adolescentes para optarem pelo uso da camisinha, foi por se acreditar que esse recurso educativo é capaz de provocar mudanças no

público-alvo. Além disso, desperta a criticidade sobre suas atitudes para a prevenção de DST/HIV/aids mesmo que a informação que possua não seja exata (SOUSA, 2010; SOUSA; PINHEIRO, 2012).

Quadro 15 - Ideia Central: O vídeo ensina a usar corretamente a camisinha

| | |
|--|---|
| <p>ECHs apreendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A moça disse que para colocar a camisinha deve estar com o pênis bem duro (risos). Ela também disse que depois de usar deve jogar no lixo; - Gostei do vídeo, pois ensina como colocar a camisinha (risos); - Sim, a moça do vídeo mostra como usar e disse que não pode esquecer a camisinha sempre que for transar; - Ah tio, esse seu vídeo é educativo, vai ajudar a muitos adolescentes a usar de forma correta a camisinha. | <p>DSC: <i>Sim, eu gostei desse vídeo, pois a moça mostra como colocar a camisinha. Esse vídeo é educativo e vai ajudar muitos adolescentes a não esquecer a camisinha sempre que for transar. Aprendi que para colocar a camisinha o pênis deve estar bem duro [risos] e após transar deve jogar a camisinha no lixo.</i></p> |
|--|---|

Observa-se que a mensagem apresentada no vídeo foi assimilada de forma positiva pelos adolescentes. Esse aspecto é relevante, pois mostra que ao agregar outros recursos, como o uso de informações contextualizadas, infográficos, demonstrativos e *stop motions*, torna-se o aprendizado lúdico e atrativo (COMODO *et al.*, 2011).

Estudos mostram que o uso de vídeo educativo favorece o aprendizado dos sujeitos e torna o processo de aquisição de conhecimento facilitado, pois o formato dinâmico e interativo presente nessas tecnologias desperta o interesse e motiva as pessoas a aprender (BARBOSA, 2008; SOUSA, 2010; ANJOS, 2011; JOVENTINO, 2013).

No entanto, para que o vídeo possa cumprir o seu papel educativo a sua utilização deve estar associado a uma proposta pedagógica consciente das exigências de uma educação transformadora que priorize a criatividade do público. O vídeo não deve ser usado como um mero transmissor de informações, mas também deve produzir interação entre conteúdo e expectador (CINELLI, 2003; FARIAS, 2008).

Quadro 16 - Ideia Central: O vídeo reforça a importância do uso da camisinha

| | |
|---|--|
| <p>ECHs apreendidas no grupo focal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ah tio, aprendi que devemos usar a camisinha toda vez que for transar; - Fiquei sabendo o momento certo de colocar a camisinha; - Aprendi que mesmo transando com homens e mulheres tem que usar a camisinha; - Quem se ama deve usar a camisinha quando for sair com alguém, não é? - Como já falei, aprendi como colocar de forma correta a camisinha; - A moça do filme disse que o adolescente deve usar a camisinha para se proteger das DST. - O pivete disse que se não quiser morrer cedo tem que usar a camisinha; - Se não usar a camisinha pode pegar aids; - Para não pegar a aids tem que usar a camisinha; - A moça disse que se previne da aids com a camisinha. | <p>DSC: <i>Com o vídeo fiquei sabendo o momento certo de colocar a camisinha. Aprendi que devo usar a camisinha toda vez que for transar, mesmo transando com homens e mulheres tem que usar a camisinha. A moça disse que o adolescente que se ama deve usar a camisinha quando sair com alguém, pois a camisinha ajuda a se proteger das DST/HIV/aids. O pivete disse que se não quiser morrer cedo tem que usar a camisinha, então, aprendi que para não pegar as DST/HIV/aids tem que usar a camisinha.</i></p> |
|---|--|

O vídeo estimula o pensamento crítico do adolescente acerca da importância do uso da camisinha. Diante disso, infere-se que esse recurso audiovisual funciona como estratégia de ensino e aprendizagem. Estimula e desenvolve nos sujeitos competências e habilidades necessárias para que possam atuar efetivamente na melhoria de práticas para a prevenção das DST/HIV/aids.

Estudos afirmam que o trabalho educativo com públicos vulneráveis a essas doenças exigem estratégias específicas que apresentem opções para o desenvolvimento de atitudes conscientes que favoreçam a saúde sexual e reprodutiva dessas pessoas (CHEQUER, 2010; MARQUES, 2010).

Verificou-se, ainda, que o vídeo favorece uma reflexão acerca dos riscos que estão envolvidos na relação sexual sem proteção e sem compromisso. Os achados desse estudo corroboram a pesquisa de Sousa (2010), que desenvolveu, avaliou e implementou uma tecnologia educativa voltada para a prevenção de DST/HIV/aids em pessoas com união estável. Foi evidenciado que o vídeo promove reflexão acerca dos riscos pelo não uso da camisinha nas relações sexuais em virtude dos medos e dos mitos que estão envolvidos nas vivências dos sujeitos.

Outro aspecto que favoreceu a compreensão do adolescente sobre a importância do uso da camisinha foi a apresentação de linguagem com a presença de dois tipos de discurso, o leigo e o especialista. Constatou-se que ambos os discursos são de extrema importância e enriquecem o aprendizado, pois o primeiro mostra como a população-alvo do

vídeo pensa e se comporta em relação aos cuidados frente à prevenção da DST/HIV/aids; e o segundo retrata a linguagem técnico-científico peculiar do profissional da saúde, o que favorece a confiabilidade e a sensibilização dos adolescentes que assistiram ao vídeo (RONDELLI, 1995).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.” (Nelson Mandela)

Com a efetivação desta pesquisa, que se propôs a desenvolver e validar um vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids para adolescentes em situação de rua, destacam-se as seguintes conclusões:

- No desenvolvimento do vídeo “Adolescente em situação de rua: conhecimento, vulnerabilidade e prevenção de DST/aids” foram seguidas as etapas de pré-produção (sinopse ou *storyline*, argumento, roteiro, *storyboard*), produção e pós-produção.
- O roteiro do vídeo foi submetido à validação por parte de três juízes de conteúdo (doutores em enfermagem), e 5 juízes técnicos (profissionais da área de comunicação com experiência na elaboração e validação de mídias educativas).
- A validação por juízes de conteúdo diz respeito à clareza do conteúdo, à estrutura e à precisão das informações apresentadas, à utilização de imagens e à sua relação com as informações, e à relevância das cenas para o reforço do conteúdo. Inferiu-se concordância dos especialistas de conteúdo em relação à maioria dos itens avaliados.
- Emergiram aspectos positivos dessa avaliação, principalmente no que diz respeito à elaboração do vídeo em série. Na visão dos juízes facilitou a clareza do conteúdo e sua quantidade adequada à otimização do tempo recomendado para vídeo educativo.
- Os juízes de conteúdo demonstraram ser favoráveis à utilização de outros recursos técnicos e adequação de conteúdo e linguagem do vídeo. Os avaliadores aprovaram a versão do roteiro com pequenas modificações, sendo que todas as sugestões foram consideradas na produção do vídeo.
- Na avaliação dos juízes da área de comunicação salienta-se “concordância” na maioria dos itens do instrumento utilizado. Entretanto, foram apontadas modificações em relação aos itens interatividade, atratividade e dinamismo. Inseriram-se recursos técnicos como “*stop motion*” e “grafismo” para ampliar a motivação e o interesse do adolescente para aprender com o vídeo.
- Na avaliação com os adolescentes o vídeo foi considerado claro, compreensível, relevante, atrativo, informativo, contendo linguagem e conteúdo que possibilita o aumento da

autonomia e o engajamento do adolescente no processo de aprendizagem sobre a prevenção de DST/HIV/aids.

- A avaliação do vídeo com os adolescentes por meio da aplicação da técnica do grupo focal revelou a importância do uso desse recurso educativo num contexto de interatividade, evidenciando que o vídeo é um meio, e não um fim em si mesmo.
- Notou-se que ao utilizar o vídeo norteado por um espaço dialogal em foco, este ofereceu aos adolescentes a oportunidade de expressarem e compartilharem suas opiniões num ambiente de interação grupal, o que permitiu o fornecimento de contribuições relevantes para promover adequação do vídeo ao interesse do público-alvo.
- A participação e a interatividade do adolescente no processo de avaliação do vídeo nos grupos focais deixam evidente que a tecnologia produzida é apropriada ao público a que se destina e aos objetivos da proposta educativa.

Considerando os benefícios da utilização de tecnologias audiovisuais nas atividades educativas com adolescentes, destaca-se que o enfermeiro precisa estar atento às vantagens que esses recursos didáticos oferecem para a prática educativa com vista a exercitar e despertar no adolescente o desenvolvimento da criatividade, da criticidade, da autonomia de pensamento e da curiosidade.

O enfermeiro, na condição de educador, não pode negar a importância das tecnologias educativas como recursos para promover no adolescente mais ousadia na busca de conhecimentos que os capacitem na construção de sua própria aprendizagem sobre a prevenção das DST/HIV/aids.

É sabido que, na implementação de ações em saúde com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids junto às populações vulneráveis, a prática educativa precisa ser direcionada às necessidades do público. Isso exige dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro, a compreensão do contexto sociocultural da população por ele assistida.

As práticas pedagógicas precisam ser adequadas às demandas e necessidades do adolescente e levar em conta as questões de sexualidade e gênero, de sociabilidade, além dos aspectos que envolvem o uso de drogas, que é fator de aumento da vulnerabilidade. Dessa forma facilitam o desenvolvimento e o fortalecimento das potencialidades dos adolescentes em situação de rua para a prevenção das DST/HIV/aids.

Portanto, infere-se que o vídeo desenvolvido, por abordar às situações de vulnerabilidades às drogas, à violência e às DST/HIV/aids envoltas ao viver em situação de rua, constitui-se num instrumental pedagógico útil para mediar uma ação educativa pautada no diálogo das vivências e que não se limita a informar o conhecimento acerca de cuidados de

saúde que o adolescente deve ter para se prevenir das DST/HIV/aids, mas acima de tudo garante um espaço de dialógico para a reflexão com vista a promover a consciência da importância de mudanças comportamentais positivas frente à prevenção desses agravos.

O vídeo, ao retratar a realidade vivenciada no cotidiano do adolescente em situação de rua, ancorou o processo de ensino-aprendizagem em princípios, ações e desafios que passam pelo entendimento de um conjunto de variáveis e fatores envolvidos nas práticas sexuais desses sujeitos. Exige do adolescente a disposição para repensar suas práticas sexuais, configurando-se uma forma diferente de aprender que supõe a formação de um sujeito crítico e reflexivo.

A tecnologia educativa produzida propiciou o preparo do adolescente para ousar no entendimento de suas vulnerabilidades às DST/HIV/aids. Otimizou a motivação para a adoção de comportamentos sexuais responsáveis e seguros, auxiliando-o na compreensão dos problemas que estão envoltos no sexo desprotegidos, o que pode ajudar o adolescente a atingir as competências esperadas para a sua efetiva atuação na prevenção das DST/HIV/aids.

Ao possibilitar que o adolescente se identifique com as cenas, o vídeo permitiu que este experimente o real. Logo, ele não será um mero receptor de informações gerais, mas agente ativo na construção do seu conhecimento e das suas habilidades por meio de vivências similares às suas. O fato de o vídeo relatar as experiências de vida reais do adolescente caracterizou-se como benefício para o bom desempenho e entendimento sobre a proposta educativa.

Acredita-se que o vídeo contribuirá para uma nova forma de trabalhar a prevenção de DST/HIV/aids com os adolescentes em situação de rua, uma vez que utiliza recursos tecnológicos e metodologia que desencadeia um processo de ensino mediado pelo interesse de aprender no qual o adolescente é estimulado a assumir a responsabilidade por adotar práticas sexuais saudáveis.

Os resultados da validação do vídeo com os adolescentes sinalizaram que a proposta elaborada teve uma avaliação positiva por parte dos participantes. As cenas que retrataram os riscos do viver o ambiente de rua e as experiências que levam o adolescente a se infectar por uma DST/HIV/aids colaboraram para que não houvesse dificuldade de entendimento das situações que contribuem com o aumento das vulnerabilidades às DST/HIV/aids. Isso mostra que estratégias educativas que utilizam experiências reais facilitam a reflexão e a criticidade do adolescente, o que contribui para a autonomia em sua aprendizagem.

A experiência de validar o vídeo com os adolescentes contribuiu para ideia e a convicção de que a utilização da tecnologia educativa com base na possibilidade de o adolescente aprender com o exemplo do outro permitiu o desenvolvimento de habilidades, o que corrobora as ideias de Vygostsky. Dessa forma, o uso do vídeo oferece meios de promover um processo educativo que amplia o conhecimento do adolescente pelo despertar da curiosidade em aprender.

Esta pesquisa possibilitou inferir que o uso de vídeo no trabalho de prevenção das DST/HIV/aids com adolescentes em situação de rua será favorecido. Os adolescentes que avaliaram o recurso tecnológico demonstraram interesse, motivação e disposição de utilizar as informações contidas no vídeo.

Cabe aos profissionais de saúde comprometidos com a qualidade do cuidado a esse público reconhecer o vídeo como uma ferramenta educativa útil, diferente e atrativa que deve ser agregada à prática educativa efetiva e mediadora.

É salutar informar que a utilização do vídeo por si só certamente não irá solucionar todos os problemas que permeiam o viver em situação de rua, os quais contribuem para maior vulnerabilidade desses adolescentes às DST/HIV/aids. Para a solução desses problemas são necessárias intervenções por meio de uma rede multidisciplinar e intersetorial que promova a formação de vínculos saudáveis e fortaleça a estruturação da identidade individual e grupal desse público.

Ao enxergar as várias possibilidades que cercam o trabalho educativo do enfermeiro na prevenção de DST/HIV/aids com adolescentes, com esta pesquisa pretendeu-se apresentar uma reflexão sobre a importância de buscar novas estratégias para auxiliar o adolescente no entendimento de suas vulnerabilidades. Permitir ao adolescente o desenvolvimento e a aquisição de novos conhecimentos necessários para o enfrentamento das situações de adversidades presentes no convívio de rua, o qual pode colocá-lo em risco de se infectar por uma DST/HIV/aids.

Diante dessas reflexões os profissionais que atuam na atenção básica estão convidados a embarcar na viagem de vislumbrar a oferta de possibilidades, de informações e de conhecimento disponibilizados nesse vídeo para a promoção da saúde integral desse público.

Desta forma, o profissional ampliará os canais de diálogo com os adolescentes sobre sua sexualidade, considerando as singularidades e as suas histórias de vida, evitando o discurso de exclusão, medo ou alarme. Norteados por uma tecnologia educativa fundamentada

em uma abordagem dialógica que evidencia o compromisso com a liberdade, a autonomia e a valorização das potencialidades desses sujeitos na prevenção das DST/HIV/aids.

Com isso acredita-se que o vídeo fundamentado no reconhecimento do universo do adolescente possibilita uma educação baseada na visão de sociedade, de homem e de vida, o que contribui para um cuidado integrado e integral capaz de romper os desafios que estão presentes no trabalho de prevenção as DST/HIV/aids com esse público. O uso dessa tecnologia facilitará uma maior interação e redução de tempo de orientações, diminuindo dúvidas e reforçando determinadas informações trazidas pelo vídeo.

Por fim, afirma-se que o vídeo baseado na linguagem, relatos e cenas do cotidiano de adolescentes em situação de rua é uma tecnologia facilitadora de ações educativas voltadas a prevenção das DST/HIV/aids.

7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

“É preciso aprender a ser coerente. De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudanças.” (Edna Castro de Oliveira)

Neste estudo existiram limitações que merecem destaque. Dentre elas, citam-se a falta de financiamento para a contratação de um roteirista para elaborar o roteiro do vídeo; a avaliação do vídeo apenas por adolescentes do sexo masculino e a não aplicação do vídeo com avaliação de resultados para revelar a eficácia desse recurso educativo para promover efetiva mudança de atitude do adolescente para a prevenção das DST/HIV/aids.

Ressalta-se que o vídeo “Adolescentes em situação de rua: conhecimento, vulnerabilidade e prevenção de DST/HIV/aids” precisa ser divulgado e incorporado nas estratégias educativas realizadas pelos profissionais que atuam nas diversas instituições que trabalham com esse público, mas, principalmente pelos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Recomenda-se a implementação de estratégias educativas periódicas utilizando o vídeo com vista a motivar os adolescentes para a adoção de práticas sexuais saudáveis.

É importante a realização de investigação futura com uma amostra mais representativa e que utilize instrumentos de avaliação com validade e confiabilidade para avaliar o uso do vídeo como estratégia de ensino-aprendizagem que favorece a mudança de atitude do adolescente para a promoção de uma sexualidade segura e sem riscos.

Além disso, ressalta-se que é importante a realização de intervenções intersetoriais que capacitem os profissionais de saúde e de educação que atuam com esse público quanto à utilização do vídeo aliando-o às demais ações de cuidado prestado, pois a tecnologia não pode superar a ação dialógica entre profissional e cliente, sendo que essa interação é essencial para o trabalho educativo com vista a construir na população assistida comportamentos saudáveis.

8 REFERÊNCIAS

- ABDUCH, C. Grupos operativos com adolescentes. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S.F.T.; BRANCO, V.C. (Orgs.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.289-300.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Into a new world: young women's sexual and reproductive lives**. New York: CEPIA, 1998.
- ALMEIDA, M. P.; REZENDE, L. M. M.; LIMA, S. A. A produção de vídeos digitais: uma situação de aprendizagem na formação de professores de Ciências. In: **Anais... III SIMPÓSIO NACIONAL DE ENSINO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – SINECT**. Ponta Grossa, 2012.
- ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C., G.; HAAS, N. A. T. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de duas Universidades Privadas. **Pes Bras Odontoped Clin Integr**, v. 4, n.1, p.47-51, 2004.
- AMARAL, R. G. *et al.* Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do Câncer do colo do útero. **RBAC**, v. 38, n. 1, p. 3-6, 2006.
- ANDALÓ, C. S. A. O Papel de Coordenador de Grupos. **Psicologia USP**, v.12, n.1, p.135-152, 2001.
- ANDRADE, C.; ALBUQUERQUE, E.; MAIA, H. **Falando sobre DST/Aids: o papel da mídia** [Internet]. Disponível em: [http:// http://www.comcultura.org.br](http://www.comcultura.org.br) >. Acesso em: 17 nov. 2012.
- ANJOS, S. J. S. B. **Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino**. 2011. 167f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ARNOLD, C. L. *et al.* Assessment of Newborn Screening Parent Education Materials. **Pediatrics**, v.117, n.5, p. 321-324, 2006.
- ARROIO, A.; GIORDAN, M. O Vídeo Educativo: Aspectos da Organização do Ensino. Química. **Nova na Escola**, nº24, Novembro de 2006.
- ASSIS, S. G. Resiliência. A ênfase nos fatores positivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 257-266.
- ATKINS, D.; BEST, D.; SHAPIRO, E. N. The Third U.S. Preventives Services Task Force: Background, methods and first recommendations. **Am J Prev Med**. [on-line], v.20, n.35, p. 2001. Available from: <http://archive.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/berg.htm>. Cited: 17 Nov. 2012.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JÚNIOR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/ Aids. In: VIEIRA, E.M. *et al.* (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p.97-109.
- _____. *et al.* Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e de Promoção de Saúde. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio

de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 375-417.

BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 156f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARBOSA, S. M. *et al.* Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção das DST/AIDS. **Rev Eletr Enf**, v. 12, n. 2, p. 337-341, 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a17.htm. Acesso em: 17 nov. 2012.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z.M.V. **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BASSO, I.; AMARAL, S.F. Competências e Habilidades no uso da linguagem audiovisual interativa sob enfoque educacional. **Educação Temática Digital**, v.8, n.1, p.49-71, 2006.

BATISTA, J. M. S. *et al.* O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p.173-178, 2013.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 522-528, 2008.

BOOG, M.C.F. *et al.* Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: “comer... o fruto ou o produto?”. **Rev Nutr.**, v. 16, n. 3, p. 281-293, 2003.

BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009.

BORGES, I. K.; MEDEIROS M. Representações sociais de DST/aids para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa devida nas ruas da cidade de Goiânia. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, v.16, n.4, p.43-49, 2004.

BORGES, S. N. **Metamorfose do corpo: uma pedagogia freudiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. **Normas de Atenção Integral do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes**. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual do Multiplicador: adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto de Apoio à Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de Controle do HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis – AIDS III**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/Aids no local de trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Mulher** [Internet]. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/htm>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Integral de Adolescente e Jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids – Brasil** [Internet] Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **História da aids**. 2009b [Internet]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **DST e Aids na mídia**. 2009c [Internet]. Notícias do Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Campanha do dia mundial de luta contra a aids abordando o preconceito contra soropositivos. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 nov 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites Virais. **Saúde e Prevenção nas escolas**: adolescentes e jovens para a educação entre pares: prevenção das DST, HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: DDN 100. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Notícias do programa nacional DST/Aids** [Internet]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 8 ago 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 466/2012, dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano III, nº I. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRUNO, Z. V. Meios de comunicação versus DST e aids. In: Passos MRL. **Deesetologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

CAMACHO HUBNER, A.V. **Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jovens de América Latina y el Caribe**: revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington: OPS, 2000.

CAMPOS, F. **Roteiro de cinema e televisão**: a arte e a técnica de imaginar, perceber e narrar uma estória. 3. ed. Editora: Zahar, 2011.

CANAVARRO, M. C.; PEREIRA, M.; MORGANO, L. M. A adolescência a e a sida. In: **HIV-AIDS Virtual Congress** [Internet], Lisboa. 2003. Disponível em: < <http://www2.deep.msst.gov.pt/docbweb/plinkres.asp?BASE=CATESOC&Form=COM> > Acesso em: 10 de jan. 2013.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. Sexualidade da adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 18, v. 2, p. 18-24, 2000.

CARREIRO, R. **História, Linguagem e Crítica de Cinema**. Recife: Livro Rápido, 2008.

CARVALHO, F. T., MORAIS, N. A., PICCININI, KOLLER, S. H. C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.9, p.2023-2033, 2007.

CARVALHO, S. R. Múltiplos sentidos da Categoria Empowerment no projeto de prevenção à Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

CASEY, D. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. **J Clin Nurs.**, v. 16, n. 6, p.1039-1049, 2007.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 611-622, 2007.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e Vulnerabilidade em Famílias em Situação de Risco**. 2003. 320f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

CEREY, M. P.; CREAN, H. F.; JONES, S. H. HIV- Related Risk Among Low- Income Adolescent Girls Lifetime and recente Experiences. **J Adolesc Health**, v. 46, n.2 supl. 1, p. 527, 2010.

CEZIMBRA, G. S. S. **Há associação entre a maturação sexual feminina e a exposição a condições de vulnerabilidade como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?** 2008. 235f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CHEQUER, P. A prevenção da infecção pelo HIV e as novas tecnologias. *Tempus. Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 113-130.

CHIESA, A. M. **Autonomia e Resiliência:** categorias para o fortalecimento da intervenção da Atenção Básica na perspectiva da promoção da Saúde. 2005. 101f. Tese (Livre Docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CINELLI, N. P. F. **A influência do vídeo no processo de aprendizagem.** 2003. 72f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

COLLINS, W. A.; SPRINTHALL, N. A. **A psicologia do adolescente:** uma abordagem desenvolvimentista. 1. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

COMODO, C. N. *et al.* O passeio de Bia (vídeo): apresentação e validade interna e externa de um recurso para a promoção de habilidades sociais de pré-escolares. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.13, n.1, p. 34-47, 2011.

COMPARATO, D. **Roteiro:** Arte e técnica de escrever para cinema e televisão. 2. ed. Rio de Janeiro: Nórdica, 1983.

_____. **Da criação ao roteiro:** teoria e prática. São Paulo: Summus, 2009.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 449-453, 2005.

COSTA, A. G. M. *et al.* A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. **DST J Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.16, n. 3, p. 434-9, 2004.

CUNHA, E.; CUNHA, E. Políticas Públicas e Sociais. In: CARVALHO, A. *et al.* **Políticas Públicas.** Belo Horizonte: UFMG/Proex, 2003. p 59-85.

DAMICO, J. Corpo a corpo com as jovens: Grupos focais e análise de discurso na pesquisa em educação física. **Movimento.** 2006, 12 (2).

DEGENNSZAJH, R. R. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: Universidade Nacional de Brasília. **Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância. Capacitação em serviço social e política social:** módulo 3: política social. Brasília, 2000. p.57-70.

DIAS, F. L. A. *et al.* Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n.3, p.456-461, 2010.

DOAK, C.; DOAK, L. **Pfizer Principles for Clear Health Communication:** A Handbook for Creating Patient Education Materials that Enhance Understanding and Promote Health

Outcomes, Pfizer. 2. ed., 2004.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de Tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.

EIDMAN, C. K. **Enhancing Breastfeeding Self-Efficacy through Prenatal Education**. 2011. 25f. Dissertação (Mestrado) - Master of Arts in Nursing Theses, St. Catherine University.

FARIAS, F. L. R.; BARROSO, M. G. T. Abordagem transdisciplinar nas práticas educativas em Saúde. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Educação em Saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: edições Demócrito Rocha, 2003. 120p.

FARIAS, R. O. **Comunicação, sexualidade e surdez: produção de um vídeo educativo sobre direitos sexuais e reprodutivos para a comunidade surda de Juiz de Fora**. 2008. 48f. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Comunicação Social, 2008.

FERRAZ, E.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E.M. *et al.* (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p.47-54.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: nova fronteira, 2010.

FERREIRA, M. A. Inserção da Saúde do Adolescente na formação do Enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem/Projeto Acolher, 2000. p. 68-72.

_____. Educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado – educação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 205-211, 2006.

FERREIRA, O. L.; MELO, E.; MELLO, D. F. Validation and reliability analysis of the Portuguese language version of Needs of Parents Questionnaire. **J Pediatr**, v. 86, n.3, p.221-227, 2010.

FERRIANI, M. G. C. Educação em saúde na escola: o papel do professor e do enfermeiro. **Rev Bras Sexual Humana** [on-line], v. 8, n.2, 1997. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521/>>. Acesso em: 04 out. 2012.

FIOCRUZ. Acervo. **Audiovisuais** [Internet]. Disponível em: <[http:// www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)>. Acesso em: 04 out. 2012.

FIORENTINI, L. M. R.; CARNEIRO, V.L.Q. **TV na escola e os desafios de hoje: curso de extensão para professores do ensino fundamental e médio da rede pública**. UniRede. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

FONSECA, L. F.; SILVA, M. J. P. Desafiando a imagem milenar da enfermagem perante adolescentes pela internet: impacto sobre suas representações sociais. **Ciênc Cuid Saúde**, v.11, supl, p.54-62, 2012.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não**: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho d'água, 2003.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FROTA, N. M. *et al.* Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p.29-36, 2013.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.1, p.153-161, 2002.

GIRÃO JÚNIOR, L. **Vulnerabilidade e resiliência entre adolescente e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo, Moçambique**. 2007, 259f. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social de Universidade de Brasília, 2007.

GOMES, L.F. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. **Rev Bras Est Pedag.**, v.89, n. 223, p.477-492, 2008.

GORE, S.; ECKENRODE, J. Context and process in research on risk and resilience. In: GARMEZY, N.; HAGGERTY, R. J.; RUTTER M.; SHERROD, L. (Eds). **Stress, risk and resilience in children and adolescents**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 19- 63.

GROTBERG, E. A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. **The Hague**. The Bernard Van Leer Foundation, 1995, p. 16-23.

GUBERT, F. A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev Eletr Enf**. [Internet], v.11, n.1, p.165-172, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>. Acesso em: 04 out. 2012.

GUIMARÃES, E. M. B.; ALVES, M. F. C.; VIEIRA, M. A. S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes – um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia. **Revista da UFG** [Internet], v.6, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/reprodutiva.html.l>. Acesso em: 5 fev. 2013.

HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HORA, S. A. E. *et al.* Centro de Referência em Atenção à Saúde do Adolescente no município de Jaboatão dos Guararapes (PE). **Adolesc Saúde**, v.5, n.2, p.31-35, 2008.

HOUAISS, A. **Novo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUERTAS, L. L. R. **Reforma sanitária, promoción de la salud y programas de salud de las adolescentes en la region**: casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana. Washington: OPS, 2001.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JESUS, F. B. *et al.* Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.2, p.359-367, 2011.

JOVENTINO, E. S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 186f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem; Fortaleza, 2013.

JULIANI, C. M. C. M.; KURCGANT, P. Tecnologia educacional: avaliação de um web site sobre Escala de Pessoal de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.3, p.512-519, 2009.

KATZ, M. L. *et al.* Development of an educational video to improve patient knowledge and communication with their healthcare providers about colorectal cancer screening. **Am J Health Educ.**, v. 40, n. 4, p. 220-228, 2009.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATOS, C. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo (SP): EPU, 2009.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A.P.G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.37-51, 2009.

_____.; ROSEMBERG, B.; MONTEIRO, S. S. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase: a concepção dos profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.4, p.857-867, 2009.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production**: from analog to digital. 3. ed. Boston: Focal Press, 2005.

KOTLIARENCO, M. A.; CACERES, I.; FONTECILLIA, M. **Estado de Arte em Resiliência**. Washington DC: Organizacion Panamericana de La Salud, 1997.

LAHTINEN, E. *et al.* The development of quality criteria for research: a Finnish approach. **Health Promot Int.**, v. 20, n. 3, p. 306-315, 2005.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul (RS): Educs; 2005.

_____. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.2, p.502-507, 2014.

LINDSTROM, B. O significado de Resiliência. **Adolescência Latino-Americana**, v.3, n.2, p.137, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LOFORTE, A. M. **Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações Sobre Saúde e Doença**. Maputo, 2003.

LONGMAN. **Dicionário escolar Inglês-Português / Português-Inglês - para estudantes brasileiros**. 2. ed. Editora Nova, 2009.

LOPES, M. V. O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de Sinais Vitais**. 2001. 122f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

LUNA, I. T. **Educação em saúde com adolescentes em situações de rua visando à prevenção de DST/Aids**. 2011. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 2011.

_____. *et al.* Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Cienc Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 43-55, 2012.

_____. *et al.* Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. **Cienc Cuid Saúde**, v.12, n.2, p.346-355, 2013.

LUNARDELLI, J. L. Anticoncepção na adolescência. **Pediatr Mod.**, v.38, n.8, p.381-387, 2002.

LUSTOSA, P. H. **Políticas Públicas e Assistência Social: um preâmbulo para discussão do plano municipal de assistência social de prefeitura Municipal de Fortaleza (1998/2002)** [Internet]. 2005. Disponível em: < <http://www.ibrad.org.br> > Acesso em: 25 jan. 2006.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MANN, J.; TARANTOLA, D. T. N.; NETTER, T. W. **A aids no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume: Dumará/ABIA, 1993.

MARQUES, F. A Propósito do papel das sociedades agindo na área de DST/aids. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 13-14.

MARTINS, L. B. M. *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.2, p.315-323, 2006.

MARTINS, M. C. *et al.* Segurança alimentar e uso de alimentos regionais: validação de um álbum seriado. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.6, p.1354-1361, 2012.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.4, n.1, p. 131-148, 2003.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. (Eds.). **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum Press, 1985. p. 1-52.

MEDEIROS, R.H.A.; NUNES, M.L.T. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. **Psicol Est.**, v. 6, n. 2, p. 95-100, 2001.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev Nutr**. v. 17, n. 2, p. 185-194, 2004.

MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, C. G. **O papel educativo dos meios de comunicação** [Internet]. Fórum Idéias. p.1-9. Disponível em: http://www.ipv.pt/forumedia/3/3_fi3.htm. Acesso em: 18 dez. 2009.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Orgs.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____; VARGAS, E.; CRUZ, M. **Desenvolvimento e Uso de Tecnologias Educacionais no Contexto da AIDS e da Saúde Reprodutiva: Reflexões e Perspectivas**. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 252.

MORAES, A. F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface**, v.12, n. 27, p. 811-822, 2008.

_____. Cultural diversity in health-related videos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.27, p.811-822, 2008.

MOREIRA, C. B. *et al.* Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Rev Bras Cancerol.**, v.59, n.3, p.401-407, 2013.

MORRISON- BEEDY, D. CAREY, M. P.; CREAN, H.F.; JONES, S. H. HIV-Related Risk Among Low-Income Adolescent Girls: Lifetime and Recent Experiences. **J. Adolesc. Health**, v.46, n.2, supl.1, p. S27, Feb.2010.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R.A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1809-1811, 2002.

MOTA, K.; BARRETO, A. M.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Rev Eletr Enf** [Internet], v.8, n.1, p.150-161, 2006. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 20 jan. 2013.

NAIDDO, J.; WILLIS, J. Evaluation in health promotion. In: WILLIS, J.; NAIDDO, J. **Health promotion: foundations for practice**. Bailliere: Tindall, 2010. p. 369-389.

NASCIMENTO, L. A. et al. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Online Braz J Nurs** [Internet], v.13, n.3, p. 311-20, 2014. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4702>>. Access: 2014 Dec 02.

NEIVA-SILVA, L. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: um estudo longitudinal**. 2008. 223f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

NIETSCHKE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidades ou impossibilidades para a Práxis de Enfermagem**. Unijui, RS: Unijui, 2000.

OLIVEIRA, M. S. **O autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa**. 2006. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2006.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L.P.; SILVA, M. A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.3, p.306-311, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Global da AIDS, UNAIDS, 2010**. Report on the global AIDS epidemic. Geneva: WHO, 2010.

PAIM, J. S. **Planejamento de saúde para não especialistas**. In: CAMPOS, G. W. (Org.) *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. Revista e Aumentada - 2ª Ed. 2012. 871p.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha: Os dilemas da sexualidade dos jovens em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 2000.

_____. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, A. *et al.* (Orgs.). **A Aids no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: ABIA, 1994. p. 231-50.

_____. *et al.* **Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/Ibope, Brasil. 2003** [Internet]. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/htm>>. Acesso em: 20 dez. 2005.

_____. *et al.* Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 45-53, 2008.

_____; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de Aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol USP**, v. 13, n. 1, p. 55-78, 2002.

PASQUALI, L. **Psicometria - Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação**. Brasil. Editora Vozes, 2003.

PASSOS, M. R. L. **Deesetologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

PEREIRA, P. A. P. **Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectiva e consequências**. Brasília: NEPPPOS/CEAM/UnB, 1994.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde Soc.**, v.7, n.1, p.53-86, 1998.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.5, p.1161-1171, 2007.

PINHEIRO, P. N. C. **A cultura masculina e sua influência na soropositividade pelo HIV à AIDS**. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2005.

PINTO, E. B. A análise das interações pais-bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In: PICCINI, C. A. (Org.). **Observando a interação pais-bebê-criança**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. 287p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, C.; PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. **Tecnologia da Informação e da Comunicação em Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev Enferm UERJ.**, v.15, n.2, p.275-283, 2007.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M.S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.10, n.19, p.117-130, 2006.

RECUERO, M. G. P. **Investigando possíveis impactos Políticas Públicas de Prevenção a DST/HIV em adolescentes**. 2008, 92f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais). Universidade Católica de Pelotas. Programa de Pós- graduação em Políticas Sociais, 2008.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.269-276, 2010.

RIBEIRO, P.J. *et al.* Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 415-421, 2004.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

RIZZO, R. **Aprendizes adultos, sujeitos multireferenciais nos serviços de saúde**. 2002. 58f. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curitiba, 2002.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas**. São Paulo: Atlas, 2007.

RONDELLI, E. **Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam**. In: PITTA, A. M. R. Organizador. **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 1995. p. 38-34.

ROZEMBERG, B. Saneamento rural em áreas endêmicas de esquistossomose: experiência e aprendizagem. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 125-141, 1998.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90, 1998. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/CNPD, 1998. v.2. p.731-49.

RUEDIGER, M. A.; RICCIO, V. Grupo focal: método e análise simbólica. In: VIEIRA, M.F.; ZOUAIN, D. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGF, 2006.224p.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contexto de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009.

SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. Adolescentes, jovens e aids no Brasil. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (Orgs.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. v.1. p.213-22.

SEFFNER, F. Aids & Escola. In: saúde e sexualidade na Escola. In: MEYER, D. E. E. (Orgs). **Saúde e Sexualidade na Escola**. Porto Alegre. Mediação. Vol. 4 - Col. Cadernos Educação Básica - 2ª Ed. 2006. 176p.

SILVA, K. L. **A influência do “machismo” no comportamento sexual dos adolescentes**. 2009. 54f. Monografia de graduação em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2009.

SIMÕES, V. M. F. *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.5, p.559-565, 2003.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: CDC/Unicef, 1999.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.6, p. 990-996, 2012.

SOUSA, L. B. **Desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma tecnologia educativa para prevenção de DST/HIV/AIDS em mulheres em união estável.** 2010. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

_____; BARROSO, M. G. T. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery**, v.13, n.1, p.123-130, 2009.

SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa.** 1. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

SOUZA, M. M. *et al.* A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, v.16, n.2, p.18-22, 2004.

_____. *et al.* Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 102-5, 2007.

SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Rev Bras Educ.**, n.24, p. 16-39, 2003.

_____; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. In: LEÓN, O. D. (editor): **Políticas públicas de juventud en América Latina: políticas nacionales.** Viña del Mar: Ediciones CIDPA, 2003. 65p.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica.** 12. Ed. São Paulo: Guanabara, 2011.

SMITH, B.J.; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. WHO health promotion glossary: new terms. **Health Promot Int.**, v. 21, n. 4, p. 340-345, 2006.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, A. W. **Psicologia do adolescente.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2003.

TAVARES, J. **Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez, 2001.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa.** 2008. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TONANI, M.; CARVALHO, E.C. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.16, n.5, p.1-8, 2008.

TORRES, G. V. **Atividades do enfermeiro na prevenção do HIV/Aids em Natal/RN: competências pedagógica e técnica.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

UNICEF, UNAIDS, World Health Organization. **Children and Aids: A stocktaking report**. Genebra: UNICEF, 2007.

VALADÃO, M. M. A Saúde nas Políticas Públicas: Juventude em pauta. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. **Políticas Públicas: juventude em pauta**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 231.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Novas Tecnol Educ**. [Internet], v. 5, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/ciclo10/artigos/1bAriel.pdf>. Acesso em: 18 jan 2010.

VARGAS, E.; MONTEIRO, S. Banco de Materiais: desenvolvimento e estímulo a novas pesquisas. In: Monteiro S. **Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, 2006.

YUNES, M. A.; SZMANSKI, H. Resiliência: Noção, Conceitos Afins e Considerações Críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

WESTPHAL, M. F. promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M.C. S.; AKERMAN, M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WONG, D. L. **Whaley & Wong – enfermagem pediátrica: elementos essenciais à integração efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WOHLGEMUTH, J. **Vídeo educativo: uma pedagogia audiovisual**. Brasília, DF: Ed. Senac, 2005.

XELEGATI, R.; ÉVORA, Y. D. M. Development of a virtual learning environment addressing adverse events in nursing. **Rev Latino-am Enferm.**, v.19, n.5, p.1181-1187, 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE JUÍZES DE CONTEÚDO E TÉCNICO

Convidamos-lhe a participar da pesquisa intitulada: “**Vídeo educativo com enfoque a prevenção de DST/aids para adolescentes em situação de rua**”, que tem como objetivo desenvolver um vídeo com informações voltadas à prevenção de DST/aids para adolescente em situação de rua. Esta pesquisa faz parte de projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Você participará da etapa de validação por especialistas, de conteúdo e técnica. Estes foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado apto para participar do processo de avaliação do roteiro do vídeo. Após a sua aceitação, será entregue o roteiro do vídeo e instrumento que será utilizado para avaliação com as devidas orientações de preenchimento.

Sua participação é importante. Contudo, informamos que não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A qualquer momento, poderá se recusar a continuar participando da pesquisa, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Não haverá custo para os participantes da pesquisa, a participação é voluntária e você não receberá remuneração por esta avaliação.

Além disso, a pesquisa não trará malefícios para os participantes, além de poder trazer benefícios ao meio científico. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais que estudam e /ou trabalham diretamente com a temática.

Em caso de dúvidas contate o responsável pela pesquisa no endereço e telefones abaixo:

Responsável pela pesquisa: **Izaildo Tavares Luna**
 Endereço: Rua Carlos Vasconcelos, 1847 - Aptº 303- Aldeota. Fortaleza-CE
 CEP.: 60115-171
 Telefones p/contato: (85) 8876-4748 e/ou 9777-7936
Atenção: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
 Telefone: 3366.8338

Consentimento da participação da pessoa como sujeito ou declaração do participante ou do responsável pelo participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza- CE, _____ de _____ de 2013.

| | |
|--|---|
| <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>(Assinatura do voluntário)</p> | <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nome e assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nome do profissional que aplicou o TCLE</p> |
|--|---|

**APÊNDICE B* - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO
EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA
ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA**

AVALIADOR DE CONTEÚDO

Nome: _____

Recomendações: Após analisar cuidadosamente o roteiro do vídeo educativo responda as perguntas utilizando a legenda que melhor representa o grau atingido em cada critério.

Legenda:

C – Em concordância

CP - Em concordância em Parte

D – Em desacordo

NA – Não aplicável

I - Objetivos: Tratam-se de propósitos, metas e finalidades que se deseja atingir por meio da ação educativa com o vídeo.

| | | | | |
|---|---|----|---|----|
| A – Há coerência com a prática da Enfermagem | C | CP | D | NA |
| B – Há coerência com os objetivos propostos na investigação, de promover reflexão acerca da prevenção das DST/aids nos adolescentes em situação de rua. | C | CP | D | NA |
| C - O nível dos objetivos propostos está adequado para ser efetivado. | C | CP | D | NA |

Em caso de concordância, em parte, ou em desacordo, elenque sugestões para o aprimoramento do item:

II - Conteúdo – Trata-se de como é apresentado o roteiro do vídeo, incluindo organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e suficiência.

| | | | | |
|---|---|----|---|----|
| A - O conteúdo é coerente com os objetivos propostos na pesquisa. | C | CP | D | NA |
| B - O roteiro do vídeo corresponde à necessidade dos adolescentes. | C | CP | D | NA |
| C - As informações apresentadas pelo roteiro estão corretas. | C | CP | D | NA |
| D - De acordo com o roteiro, o vídeo apresenta as cenas em um tempo suficiente para a construção do conhecimento pelos participantes. | C | CP | D | NA |
| E - O estilo gramatical do roteiro do vídeo está coerente com o nível de conhecimento dos participantes. | C | CP | D | NA |
| F - As ações utilizadas são apropriadas para a prevenção de DST/aids em adolescentes em situação de rua. | C | CP | D | NA |
| G - As cenas colocadas no roteiro do vídeo não favorecem a discriminação. | C | CP | D | NA |
| H - os conteúdos atingem de forma precisa o escopo da temática abordada. | C | CP | D | NA |

Em caso de concordância, em parte, ou em desacordo, elenque sugestões para o aprimoramento do item:

III- Relevância: Trata-se das características que avaliam o nível de significações das imagens e das cenas apresentadas no roteiro do vídeo educativo.

| | | | | |
|---|---|----|---|----|
| A – As imagens e as cenas retratam aspectos importantes para a prevenção de DST/aids em adolescentes em situação de rua. | C | CP | D | NA |
| B – As imagens e cenas ilustradas são relevantes para que o adolescente em situação de rua faça uma reflexão sobre a necessidade do uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo no contexto de relações sexuais com parceiros fixos. Possibilita transferência e generalização do conteúdo adquirido a diferentes situações vivenciadas pelos adolescentes. | C | CP | D | NA |

Em caso de concordância, em parte, ou em desacordo, elenque sugestões para o aprimoramento do item:

IV – Ambiente: Trata-se da avaliação das características do cenário apresentado no roteiro do vídeo educativo.

| | | | | |
|--|---|----|---|----|
| A - O cenário é adequado para a transmissão do vídeo. | C | CP | D | NA |
| B - O cenário propõe ao adolescente adquirir conhecimentos através da experiência do vídeo e das informações propostas pelo pesquisador. | C | CP | D | NA |

Em caso de concordância, em parte ou em desacordo, elenque sugestões para o aprimoramento do item:

*Adaptado de Barbosa (2008) e Sousa (2010).

**APÊNDICE C* - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO
EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA
ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA**

AVALIADOR DE TÉCNICA

Nome: _____

Instruções: Ao analisar cuidadosamente o roteiro, responda às perguntas utilizando a legenda que mais representa o grau atingindo em cada critério.

Em cada subitem assinalar Sim ou Não, conceituando o item geral com níveis de avaliação (Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre), e agregar um breve comentário justificativo.

Conceito da ideia:

O roteiro é adequado ao objetivo do vídeo e se propõe à prevenção de DST/aids?

() Sim () Não

A ideia auxilia aprendizagem?

() Sim () Não

A ideia é acessível?

() Sim () Não

O roteiro é útil?

() Sim () Não

O roteiro é atrativo?

() Sim () Não

Avaliação da ideia:

() Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.

Comentário: _____

Construção dramática (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final):

O ponto de partida do roteiro tem impacto?

() Sim () Não

Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?

() Sim () Não

O número de cenas é suficiente?

() Sim () Não

O tempo de duração é suficiente?

() Sim () Não

O roteiro tem apresentação agradável?

() Sim () Não

Avaliação da construção dramática:

() Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.

Comentário: _____

Ritmo (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena):

Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente?

O ritmo é cansativo?

() Sim () Não

Há dinamismo dos ambientes?

() Sim () Não

As formas de apresentação das cenas são adequadas?

() Sim () Não

Avaliação do ritmo:

() Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.

Comentário: _____

Personagens (motivação, credibilidade, interação):

O perfil das personagens é original?

() Sim () Não

Os valores das personagens têm consistência?

() Sim () Não

Avaliação das personagens:

() Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre

Comentário: _____

Potencial dramático:

É desenvolvida uma expectativa?

Sim Não

Avaliação do potencial dramático:

Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre

Comentário: _____

Diálogos (tempo dramático):

No diálogo cada intervenção motiva outra?

Sim Não

Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história?

Sim Não

Avaliação:

Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre.

Comentário: _____

Estilo visual (estética):

Existem muitas repetições de cenário/ambiente?

Sim Não

As imagens são adequadas?

Sim Não

A estrutura geral é criativa?

Sim Não

Avaliação:

Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre.

Comentário: _____

Público referente:

O conteúdo de interesse (prevenção às DST/aids) tem relação direta com o público-alvo (adolescentes em situação de rua)?

Sim Não

Avaliação:

Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre.

Comentário: _____

Estimativa de produção:

Avaliação:

Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre.

Comentário: _____

Funcionalidade: Refere-se às funções que são previstas pelo vídeo educativo.

O vídeo, como está no roteiro, propõe-se a contribuir com o trabalho de prevenção às DST/aids com adolescentes em situação de rua?

Sim Não

O vídeo é capaz de gerar resultados positivos?

Sim Não

Recomendações:

Usabilidade: Refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

É fácil aprender os conceitos utilizados e suas aplicações?

Sim Não

Fornece informações de forma clara?

Sim Não

Fornece informações de forma completa?

Sim Não

Fornece informações sem ser cansativo?

Sim Não

Recomendações:

Eficiência: Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.

O tempo proposto é adequado para que o adolescente aprenda o conteúdo?

Sim Não

O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo?

Sim Não

O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto?

Sim Não

O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível ao público- alvo?

Sim Não.

Recomendações:

Outras sugestões:

Resultado do avaliador:

Aprovado

Aprovado com modificações

Reprovado.

*Adaptado de Anjos (2011).

APÊNDICE D - CARTA CONVITE

Universidade Federal do Ceará - UFC
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem

Eu, **Izaildo Tavares Luna**, venho por meio desta convidá-lo (a) a participar como juiz da pesquisa: “**Vídeo educativo com enfoque na prevenção DST/aids para adolescentes em situação de rua**”. Este estudo objetiva desenvolver uma tecnologia educativa com informações voltadas à prevenção de DST/aids para adolescente em situação de rua.

Desde já agradecemos a atenção. Saliento que ficaremos muito honrados com a sua participação.

Atenciosamente,

Izaildo Tavares Luna
Doutorando em Enfermagem da UFC

**APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE
CONTEÚDO E TÉCNICA**

Avaliador Nº. _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Área de atuação: _____

Quantidade de ano de formado: _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa:

() Sim () Não.

Se sim, qual a temática: _____

2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano de conclusão: _____

Especialização 1: _____ Ano de conclusão : _____

Especialização 2: _____ Ano de conclusão: _____

Mestrado: _____ Ano de conclusão: _____

Doutorado: _____ Ano de conclusão: _____

Outros: _____

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
ADOLESCENTES (VALIDAÇÃO DO VÍDEO)**

Eu, **Izaildo Tavares Luna**, enfermeiro e aluno do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Vídeo educativo com enfoque na prevenção DST/aids com adolescentes em situação de rua”**. Este trabalho necessita ser avaliado pela população de adolescentes em situação de rua, por isso peço sua colaboração para participar desta pesquisa.

O objetivo principal da pesquisa é desenvolver e validar um vídeo educativo com informações voltadas à prevenção de DST/aids para adolescentes em situação de rua. E como parte do método será realizada a validação com os adolescentes em situação de rua e por meio do grupo focal será avaliado o vídeo.

Acompanharei todos os momentos e observarei comportamentos, opiniões, dúvidas, expressões corporais e criatividade; anotarei todas as informações colhidas em registro específico (diário de campo) para análise posterior.

Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem todo o direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo.
- ❖ Garanto-lhe anonimato e sigilo quanto às informações fornecidas durante os encontros. Não divulgarei o seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que esteja relacionada com sua identidade.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo.
- ❖ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para outros adolescentes.
- ❖ Os encontros serão filmados e/ou gravados, portanto solicito a sua autorização para realizar o registro dos momentos em fotos, filmagens e/ou gravações de voz.
- ❖ As imagens conseguidas através de sua participação no estudo não permitirão a sua identificação, pois terão sua visualização distorcida, garantindo-se a não identificação de sua aparência física.
- ❖ Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento, no endereço: Rua Carlos Vasconcelos, 1847-apto.:303, Aldeota-Fortaleza CE. CEP 60115-171. Telefone: (85)8876-4748. E-mail: izaildo@ufc.br e/ou izaildo@yahoo.com.br
- ❖ Este termo será feito em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO E
DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo e consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento.

Fortaleza - CE, _____ de _____ de 2014.

| | |
|--|--|
| <p>_____</p> <p>Assinatura do adolescente</p> | <p>_____</p> <p>Nome e assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo</p> |
| <p>_____</p> <p>Assinatura do responsável</p> | <p>_____</p> <p>Nome do profissional que aplicou o TCLE</p> |

APÊNDICE G - GRUPO FOCAL

01 Sessão

Tema: A informação é o melhor caminho para prevenção.

Objetivo: Identificar se o vídeo é capaz de proporcionar aos adolescentes uma reflexão crítica sobre o conhecimento acerca das DST/aids.

Horário: 8h30min às 10h.

Local: Abrigo Renascer.

Moderador: Izaildo Tavares Luna.

Observador 01: Michel Platinir Ferreira da Silva.

Observador 02: Profissional do Abrigo.

Tempo estimado de duração: 90 minutos.

Data: 18/10/2014.

1 Introdução (aproximadamente 10 minutos).

O facilitador iniciará o encontro agradecendo o comparecimento e a participação de todos. A seguir expõe a visão geral do encontro e os objetivos da discussão. Por meio de uma dinâmica de entrosamento e motivação solicita ao grupo que se apresente e coleta a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

2 Construção do entendimento (aproximadamente 15 minutos).

Para esse momento o moderador apresenta o vídeo educativo e convida todos a ficarem atentos às informações contextualizadas e apresentadas nas cenas.

3 Aprofundamento dos pontos específicos (aproximadamente 50 minutos).

O moderador fará perguntas simples aos adolescentes, relacionando-as ao objetivo principal do grupo focal. Neste momento as informações mais importantes da discussão profunda serão registradas.

- 1) Na sua opinião esse vídeo permite um melhor entendimento sobre as DST/aids?
- 2) As cenas do vídeo abordam as DST/aids de forma explicativa e de fácil compreensão?
- 3) O vídeo desperta interesse em saber mais sobre as DST/aids?

Nessa etapa o moderador deverá estimular a participação dos adolescentes com vista a permitir um aprofundamento progressivo e sem que seja necessário intervir muitas vezes na discussão grupal.

4 Rodada de comentários (aproximadamente 15 minutos).

O moderador abre um espaço para perguntas e as responde. A seguir realiza um breve

resumo das informações discutidas e os participantes esclarecem ou confirmam as informações. Para finalizar o moderador volta a agradecer aos adolescentes pela participação no encontro e os convida para o próximo encontro grupal.

Lanche

02 Sessão

Tema: O corpo na rua: verso e reverso da vulnerabilidade às DST/aids.

Objetivo: Apresentar as situações do viver em situação de rua que tornam os adolescentes vulneráveis às DST/aids.

Horário: 8h30min às 10h.

Local: Abrigo Renascer.

Moderador: Izaildo Tavares Luna.

Observador 01: Michel Platinir Ferreira da Silva.

Observador 02: Profissional do Abrigo.

Tempo estimado de duração: 90 minutos.

Data: 20/10/2014.

1 Introdução (aproximadamente 10 minutos).

O facilitador iniciará o encontro agradecendo o comparecimento e a participação de todos. A seguir expõe a visão geral do encontro e os objetivos da discussão. Por meio de uma dinâmica de entrosamento e motivação o moderador exercita no grupo a importância do diálogo colaborativo.

2 Construção do entendimento (aproximadamente 15 minutos).

Para esse momento o moderador apresenta o vídeo educativo e convida todos a ficarem atentos às informações contextualizadas apresentadas nas cenas.

3 Aprofundamento dos pontos específicos (aproximadamente 50 minutos).

O moderador fará perguntas simples aos adolescentes, relacionando-as ao objetivo principal do grupo focal. Nesse momento as informações mais importantes da discussão profunda serão registradas.

- 1) Na sua opinião esse vídeo retrata as situações que levam o adolescente a sair de casa e viver nas ruas?
- 2) As cenas do vídeo abordam de forma explicativa as situações presentes no convívio de rua que podem levar o adolescente a se contaminar por uma DST/aids?
- 3) As informações contidas no vídeo ajudam a entender melhor os riscos de se contaminar por uma DST/aids por viver na rua?

Nessa etapa o moderador deverá estimular a participação dos adolescentes com vista

a permitir um aprofundamento progressivo e sem que seja necessário intervir muitas vezes na discussão grupal.

4 Rodada de comentários (aproximadamente 15 minutos).

O moderador abre um espaço para perguntas e as responde. A seguir realiza um resumo das informações discutidas e os participantes esclarecem ou confirmam as informações. Para finalizar o moderador volta a agradecer aos adolescentes pela participação no encontro e os convida para o próximo encontro grupal.

Lanche

03 Sessão

Tema: Camisinha na cabeça, pra não esquecer.

Objetivo: Enfatizar a importância do uso da camisinha em todas as relações sexuais.

Horário: 8h30min às 10h.

Local: Abrigo Renascer.

Moderador: Izaildo Tavares Luna.

Observador 01: Michel Platinir Ferreira da Silva.

Observador 02: Profissional do Abrigo.

Tempo estimado de duração: 90 minutos.

Data: 22/10/14.

1 Introdução (aproximadamente 10 minutos)

O facilitador iniciará o encontro agradecendo o comparecimento e a participação de todos. A seguir expõe a visão geral do encontro e os objetivos da discussão.

2 Construção do entendimento (aproximadamente 15 minutos).

Para esse momento o moderador apresenta o vídeo educativo e convida todos a ficarem atentos às informações contextualizadas apresentadas nas cenas.

3 Aprofundamento dos pontos específicos (aproximadamente 50 minutos).

O moderador fará perguntas simples aos adolescentes, relacionando-as ao objetivo principal do grupo focal. Neste momento as informações mais importantes da discussão profunda são registradas.

- 1) Na sua opinião esse vídeo mostra claramente a importância do uso da camisinha como medida de proteção as DST/aids?
- 2) As cenas do vídeo abordam de forma explicativa e de fácil entendimento que devemos nos proteger das DST/aids?
- 3) O que você aprendeu sobre o uso da camisinha após assistir o vídeo?

Nesta etapa o moderador deverá estimular a participação dos adolescentes com vista

a permitir um aprofundamento progressivo e sem que seja necessário intervir muitas vezes na discussão grupal.

4 Rodada de comentários (aproximadamente 15 minutos).

O moderador abre um espaço para perguntas e as responde. A seguir realiza um resumo das informações discutidas e os participantes esclarecem ou confirmam as informações. Para finalizar o moderador volta a agradecer aos adolescentes pela participação no encontro e os convida para o próximo encontro grupal.

Lanche

APÊNDICE H - ROTEIRO

| |
|---|
| <p>Tema da Série 01: “A informação é o melhor caminho para prevenção”.</p> <p>Objetivo: Proporcionar aos adolescentes uma reflexão crítica por meio de informações contextualizadas envolvendo a prevenção de DST/aids.</p> <p>Tempo estimado: 13 minutos e 10 segundos.</p> |
|---|

| | |
|---|--|
| <p>Vinheta de abertura: Destacar com efeito de computador: “Informação é o melhor caminho para prevenção”.</p> | Narrador (Off) |
| <p>1 Corte - Caracteres animados: “Senta que lá vem história.”</p> <p>Corte relacionado/ Um rapaz realiza o grafismo: “Informação é prevenção.”</p> | Áudio instrumental |
| <p>2 Corte - Algumas imagens representando adolescentes com dúvidas.</p> <p>Corta /caracteres animados. O que são DST/aids?</p> | <p>Áudio instrumental (sobe e desce)</p> <p>Narrador (Off)</p> |
| <p>3 Corte/ Dois adolescentes entram em cena e começam um diálogo:</p> | <p>Marcos [preocupado] fala para Bruno - Macho, eu tenho uma coisa para te contar, ontem eu conheci uma menina lá na Beira-Mar, conversei um pouco com ela, chamei ela para transar e ela aceitou, mas estou um pouco preocupado, a gente estava sem camisinha e fomos assim mesmo.</p> <p>Bruno [demonstrando conhecimento] -</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Congela a imagem</p> | <p>Pivete, tu é doido é? Se tu pegar uma DST como é que fica, macho?</p> <p>Marcos [com dúvida] - DST? A gente só pega quando não toma banho ou vive no chão sem proteção. Isso é uma doença de rua.</p> <p>Bruno [demonstrando segurança] - pivete não é isso não, DST são doenças muito perigosas tá ligado, a gente tudo pega se fizer sexo sem camisinha.</p> <p>Áudio instrumental (sobe e desce)</p> |
| <p>5 Corte – imagens/figuras representando o adolescente ainda com dúvidas sobre a sexualidade.</p> <p>Corte relacionado/ Caracteres animados: Você conhece as DST?</p> | <p>Áudio instrumental</p> <p>Narrador (Off)</p> |
| <p>6 Corte – Os adolescentes Marcos e Bruno reaparecem num ambiente que retrata o convívio de rua e conversam sobre sexo, DST e proteção.</p> | <p>Marcos pergunta a Bruno - Ei pivete, é verdade que se não usar camisinha poderemos pegar outras doenças além da aids?</p> <p>Bruno [demonstrando firmeza] - É pivete, além da aids tem a Sífilis, a Gonorreia e um monte de doenças aí, muito perigosas, e tudo se pega se fizer sexo sem camisinha.</p> <p>Marcos [tímido] - Sei nem o que é DST, só sei que a aids é uma doença muito</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Corte para: Os dois adolescentes encontram um amigo que acaba de participar de uma ação educativa no albergue.</p> | <p>perigosa.</p> <p>João [com informações esclarecedoras] - E aí galera, tudo bem com vocês? Opa, beleza! Êpa! Ei eu acabei de participar de uma ação educativa lá no albergue, sabe? aí a doutora distribuiu aqui esse panfleto que fala sobre a aids e as DST.</p> <p>Os adolescentes abrem o panfleto.</p> |
| <p>7 Corte - Por meio de uma apresentação animada a apresentadora em “Off” esclarece sobre as DST.</p> | <p>Apresentadora (Off) - As DST afetam homens e mulheres de todas as idades, cor, raça e grupo social. Os adolescentes e os adultos jovens são os mais acometidos, pois eles fazem sexo mais frequentemente e nem sempre usam camisinha.</p> <p>Apresentadora (Off) - É importante que todos estejam alertas para a regra dos 5Ps: proteção contra DST, parceiros sexualmente confiáveis, prevenção de DST na gravidez, prática sexual segura e passado de DST.</p> <p>Apresentadora (Off) - Uma pessoa mesmo não apresentando manifestações da doença pode estar com uma DST e passar para outra. Para evitar que isso aconteça a pessoa precisa sempre usar a camisinha quando for fazer sexo.</p> <p>Apresentadora (Off) - As DST são transmitidas através de contato sexual, que</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>não se resume à penetração do pênis na vagina. Essas doenças podem ser transmitidas no contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca. Portanto, não é necessário somente “gozar dentro” ou penetração para contaminação por essas doenças.</p> <p>Apresentadora (Off) - Tome cuidado, pois o contato sexual sem o uso da “camisinha” pode transmitir doenças como Clamídia, Gonorreia, Tricomoníase, Sífilis, HIV/aids, Herpes Genital, HPV, Hepatite B e C, Condiloma Acuminado (Verruga genital), e Citomegalovírus. Daí a importância do uso da camisinha todas as vezes que for transar.</p> |
| <p>8 Corte - Os adolescentes reaparecem num ambiente de rua (praça do bairro)</p> <p>Corte para: O grupo cantando o rap.</p> | <p>João - Pois é, aí a gente ficou lá conversando e a doutora foi e passou para a gente o vídeo do rap da prevenção.</p> <p>Bruno fala, pois canta aí.</p> <p>João começa a cantar o rap da prevenção: minha amiga, meu ouvinte, aí vai um recado para você [...].</p> <p>Áudio: O Rep da Prevenção Do Gueto MFS</p> <p>Minha amiga, meu ouvinte aqui vai um recado para você, agora eu vou te contar o que é DST.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Parece complicado, mas andar parece até impossível. DST é uma doença sexualmente transmissível, pode ser uma ardência, uma coceira no lugar, pode ser um molhadinho mais difícil de secar.</p> <p>Gonorreia, Cancro Mole, Sífilis, Crista de Galo, nódulo frio engraçado, se transmite como falo, você pega pelo homem que pega de outra pessoa e é melhor ficar atento que pega, se pega a toa.</p> <p>Quê pega, Quê pega, Quê pega, Quê pega a toa.</p> <p>Refrão: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Refrão se repete: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Tudo isso aborrece, mas se pode controlar, consultando o doutor sem vergonha de mostrar.</p> <p>Assim fica bem melhor porque vou te</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>revelar. Tem a aids que é pior, porque esta é de matar. Mata homem, mata mulher, e conta também. Só na mata a esperança, se você quiser.</p> <p>Diga não vá embora pro seu canto e deixe ele ficar na mão. Sua vida é importante pode me acreditar, nem segundo, nem instante não deixe de se cuidar. Qualquer pessoa pode ser infectada, pode ser passada da mãe para o bebê, durante a gravidez pré-natal tem que fazer.</p> <p>Camisinha você tem que usar, não pode vacilar, tem que usar, não pode vacilar, tem que usar se não o vírus você vai pegar, pegar, pegar, pegar, pegar.</p> <p>Refrão: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Refrão se repete: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Na hora da injeção, peça agulha nova essa é a condição pra ficar longe da cova.</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Na hora da transfusão peça sangue testado, crie muita confusão se isto ti for negado e na hora de ir para a cama, camisinha outra vez, pode ser com namorada, amigo, noiva ou freguês.</p> <p>E se o cabra reclamar explique a situação, branco, preto ou chinês o negócio é dizer não.</p> <p>Se você desconfiar que o marido te traiu, manda usar a camisinha sabe lá com quem saiu.</p> <p>Ele pode ter doença e você não quer pegar, por mesmo que seja crença, não resolve só rezar, rezar, rezar.</p> <p>Refrão: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Refrão se repete: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Semoar, Do Gueto MFS.</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| | <p>Refrão: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> <p>Refrão se repete: Melhor mesmo é prevenir do que se remediar, é usando camisinha que a coisa chega para lá. Com uma doença deste tipo não tem jeito de brincar e é usando camisinha que a coisa chega para.</p> |
| <p>9 Corte - O adolescente Marcos pede para o amigo João explicar o que aprendeu sobre as DST na ação educativa.</p> <p>Corte relacionado: A apresentadora em “Off” por meio de uma apresentação com caracteres animados esclarece o que são as DST/aids.</p> | <p>Marcos - E aí pivete, diz o que tu aprendeu com a doutora, como que se pega as DST.</p> <p>João abre novamente o folheto informativo e surge uma apresentação animada contendo informações esclarecedoras sobre as DST.</p> <p>Apresentadora (Off) - Como se pegam as DST?</p> <p>As DST/aids são transmitidas pelo sexo desprotegido, sangue contaminado, seringas compartilhadas por usuários de drogas, pelo leite materno de mãe contaminada com o HIV e etc.</p> <p>Apresentadora (Off) - Como saber se tem DST?</p> <p>Não dá pra saber se tem essas doenças só</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>olhando. Precisa procurar uma Unidade Básica de Saúde para receber, orientações, fazer exames e consultas.</p> <p>Apresentadora (Off) - O tratamento na maioria das vezes é simples. Quanto mais cedo ele acontecer, menor o risco de você sofrer algum tipo de complicação.</p> <p>Apresentadora (Off) - Como se previne? É um erro pensar que tomando o comprimido se previne das DST. A forma mais segura de se prevenir de uma DST é usar a camisinha todas as vezes que for fazer sexo.</p> |
| <p>10 Corte – Os adolescentes Magali, Bruno e Marcos entram em cena e conversam sobre alguns mitos e crenças que envolvem as DST/aids.</p> | <p>Bruno pergunta aos colegas: Ei pivetes, e vocês aí, não tem medo de se contaminar com uma DST não?</p> <p>Magali [demonstrando confiança] - Pivete, se liga. Quando tem um caso bem antigo precisa se preocupar com esse negócio de DST não. Eu transo há muito tempo somente com um pivete, e por isso, não usamos camisinha.</p> <p>Marcos [demonstrando machismo] - Na Beira Mar tem muita garota piranha, elas me chamavam para transar e eu ia. Elas pediam camisinha, mas eu não tinha e nois ia assim mesmo.</p> <p>Bruno [demonstrando descrédito] - Vocês</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Corte relacionado - O adolescente João entra na cena.</p> | <p>acreditam que outra vez eu estava lá no terminal e o pivete lá falando que a gente pega DST se não tomar banho, se ficar no chão sem proteção, acredita macho?</p> <p>Lucas - Olha aí quem chegou!!!</p> <p>João [animado] - E aí pivete, tudo beleza?</p> <p>Bruno - beleza!</p> <p>João fala: Olha aí, rapaz!!!!</p> <p>Lucas diz: só na fé, rapaz!</p> <p>João - Depois que eu participei lá da ação educativa com a enfermeira, eu aprendi sabe, que existem muitas crenças e mitos sobre as DST e a aids.</p> |
| <p>11 Corte - João [pensativo] aparece lembrando-se do momento educativo com a enfermeira.</p> <p>Corte para: A enfermeira em (Off) esclarece e desmistifica algumas crenças e mitos que envolvem as DST/aids.</p> | <p>João recorda o que a enfermeira falou na ação educativa.</p> <p>Enfermeira (Off) - As crenças de que as DST/aids são doenças de rua que se pega quando não se toma banho ou se vive dormindo no chão sem proteção configura um conhecimento errado.</p> <p>Enfermeira (Off) - O não uso da camisinha durante o sexo justificado somente pelo fato de conhecer o parceiro e confiar nele é algo perigoso e aumenta o</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>risco de a pessoa se contaminar com uma DST.</p> <p>Enfermeira (Off) - É importante entender que mesmo com confiança e fidelidade há risco de se contrair DST/HIV/aids.</p> <p>Enfermeira (Off) - Devemos considerar que muitas DST, entre estas o HPV e o próprio HIV, podem possuir período de latência de até mais de 10 anos, e um dos parceiros pode ter contraído a doença com parceira anterior e iniciar um novo relacionamento já contaminado.</p> <p>Enfermeira (Off) - Neste caso, mesmo com confiança e fidelidade do casal a nova parceira estará exposta, a não ser que esta utilize camisinha.</p> <p>Enfermeira (Off) - Outro cuidado é a realização de exames periódicos, mesmo na ausência de manifestação da doença.</p> |
| <p>12 Corte - Destacar com efeito de computador: “Para se prevenir é preciso conhecer”.</p> | <p>Narrador (Off)</p> <p>Áudio instrumental</p> |

Tema da Série 02: “O corpo na rua: verso e reverso da vulnerabilidade as DST.”

Objetivo: Apresentar e indagar sobre as situações do viver em situação de rua que tornam os adolescentes vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Tempo estimado: 16 minutos e 44 segundos.

| | |
|--|---|
| <p>Abertura: Destacar com efeito de computador: “O corpo na rua: verso e reverso da vulnerabilidade as DST”.</p> | <p>Narrador (Off)</p> |
| <p>1 - Corte: Um rapaz realiza o grafismo: “Informação é prevenção”.</p> | <p>Áudio instrumental</p> |
| <p>2 – Corte: imagens representando as vulnerabilidades dos adolescentes em situação de rua.</p> | <p>Música: Mundo Jovem Negra Li</p> |
| <p>3 - Corte: Destacar com efeito de computador: Relatos de violência.</p> | <p>Narrador (Off)</p> |
| <p>4 – Corte: Numa praça pública reaparecem os personagens João e Bruno num diálogo emocionado, relatando a violência que sofreram em casa.</p> | <p>Bruno [emocionado] - Pois é cara, aí, eu tô, acontecendo umas paradas aí, coisa aí na minha vida, estou sem chão, não sei o quê, que eu faço mais não.</p> <p>João [triste] - Sabe? [choro] A minha mãe ela usa drogas, ela não gosta de mim não; ela quer ver o meu mal, sabia? O macho dela quando bebe eles brigam, aí eu entro na briga também, uma vez ele quebrou até um dos meus dentes.</p> <p>Bruno [melancólica] - Eu queria voltar a viver com minha família, sabe cara! Mas, eu não queria que minha mãe tivesse morrido. Eu, se ela ainda estivesse aqui, eu não estaria sofrendo tanto não. Se ela</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>estivesse viva eu não estaria nas ruas, cara. Ela sim me amava [choro]. Meu pai não gosta de mim não, vive me batendo, se droga. Me colocou para fora de casa agora. E, um dia eu até que tentei voltar, mas ele estava tão drogado e eu apanhei muito dele, aí eu fugi, fugi pras ruas mesmo, assim eu não voltarei a apanhar dele.</p> |
| <p>Congela a imagem.</p> | |
| <p>A apresentadora aparece</p> | <p>Apresentadora - Vejam, esses adolescentes abandonam a família geralmente entre 12 e 16 anos de idade e por diversos motivos, entre os quais se destacam a violência doméstica agravada pela precária situação socioeconômica de suas famílias, caracterizando uma exclusão socioeconômica (da escola, do consumo, do mercado de trabalho, da saúde e da cultura).</p> <p>Apresentadora - A violência familiar é um dos fatores impeditivo para o retorno desses adolescentes à família, ainda que estes manifestem o desejo de voltar.</p> |
| <p>A apresentadora desaparece.</p> | <p>Áudio instrumental (sobe e desce)</p> |
| <p>Corte para: Entra na cena o personagem Marcos.</p> | <p>Marcos olhando para os colegas - Ei pivetes, fica assim não, se preocupa não, isso já aconteceu comigo também, devido</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Congela a imagem.</p> <p>A apresentadora reaparece em outro ângulo.</p> <p>Corte relacionado/ Aparece a imagem de</p> | <p>brigas e falta de união lá em casa, preferi fugir pras ruas.</p> <p>Apresentadora - Esses adolescentes demonstram que para eles o mais importante na vida é o enfrentamento e a superação do luto pela perda do convívio familiar e que a reestruturação de sua família mudaria o rumo de suas vidas.</p> <p>Apresentadora - As famílias desses adolescentes, excluídas do acesso aos bens socioeconômicos e culturais básicos, apresentam enorme fragilidade para cumprir com suas funções na formação de vínculos, na identidade e na proteção. Assim, elas transferem para o Estado muitas de suas funções.</p> <p>Apresentadora - No entanto, a maioria dos pais não devem ser culpabilizados, mas sim, vistos como vítimas de um sistema social injusto. É preciso que o Estado implemente ações efetivas por meio de orientação de novas estratégias e recursos para a superação dessas adversidades e com vista a fortalecer essas famílias.</p> <p>Áudio musical sobe e desce.</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>um adolescente de cabeça baixa e chorando.</p> <p>A apresentadora entra em cena por outro ângulo.</p> <p>A apresentadora sai de cena.</p> <p>Corte/permanecem as imagens que retratam as situações vivenciadas pelos adolescentes no ambiente de rua.</p> <p>Congela a imagem.</p> | <p>Apresentadora - A violência domiciliar é um dos fatores que levam esses adolescentes a vivenciar o ambiente de rua e se tornarem alvos da violência social, que os levam ao sofrimento físico e mental irreparável.</p> <p>Apresentadora - Para amenizar essas adversidades esses adolescentes usam de habilidades para sobreviver às diversas situações que encontram na rua, sem ter, muitas vezes, recursos psicológicos e físicos para tal. Isso faz com que utilizem estratégias, tais como: alterar nomes; prestar informações distorcidas; ter atitudes violentas e agressivas.</p> <p>Apresentadora - É comum o uso excessivo de substâncias psicoativas, descuido com o próprio corpo, exploração sexual, práticas de atos infracionais.</p> <p>Áudio instrumental (sobe e desce).</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>2 Corte – Surge na tela a pergunta: E quando esses adolescentes estão na rua que situações podem levá-los a adquirir uma DST/aids?</p> <p>Corte relacionado/ Enquanto a apresentadora vai falando surgem na tela caracteres em efeito de computador destacando os pontos principais de seus comentários.</p> <p>A apresentadora desaparece</p> | <p>Narrador (Off)</p> <p>Apresentadora (Off) - Esses adolescentes vivem na rua em condições de pobreza, isso contribui para o envolvimento com pessoas ou redes que delas se utilizam para a exploração sexual comercial ou para o consumo ou tráfico de drogas.</p> <p>Apresentadora (Off) - Esses sujeitos podem apresentar uma maior vulnerabilidade ao uso de drogas por terem no consumo dessas substâncias uma estratégia de enfrentamento em relação à dura situação encontrada nas ruas.</p> <p>Apresentadora (Off) - Assim, essa tentativa de organização e construção de uma forma peculiar de vida na rua, fora da violência de casa, pode se tornar definitiva, e a ruptura dos laços afetivos com seus familiares, por sua vez, podem os tornar mais vulneráveis a outros e, sobretudo, às DST/aids.</p> |
| <p>3 – Corte - Os adolescentes vão ao encontro da enfermeira no albergue.</p> <p>Corte relacionado/ A enfermeira recepciona os adolescentes desejando-lhes</p> | <p>Áudio Instrumental.</p> |

| | |
|---|---|
| bom-dia e os abraça um por um. | |
| <p>4 – Corte - A enfermeira surge e abre um diálogo com os adolescentes sobre as experiências do viver em situação de rua.</p> | <p>Enfermeira - Oi garotos, quando vocês estão nas ruas quais situações podem aumentar as chances de aquisição de uma doença, DST/HIV?</p> <p>Marcos [altivo] - Ah tia, você sabe! Nas ruas têm muitas drogas. Os pivetes toma drogas, ficam tudo doidão, eles transam sem medo, e não quer saber de nada.</p> <p>Magali [com semblante de lamento] - Assim, quando eu uso drogas, os pivetes fazem eu fazer sexo oral com eles. Eles abusam de mim.</p> <p>Bruno [esclarecido] - Ah tia, na rua têm muitas drogas, mas eu nunca injetei nada em mim não, sabe! Os pivetes lá usam drogas, eles trocam agulhas entre si.</p> <p>Enfermeira comenta - Vejam, o exemplo deste garoto, ele apresentou discernimento e decidiu não usar drogas apesar de todos os estímulos na rua, ele não abandonou os seus sonhos.</p> |
| <p>Corte para: A enfermeira volta a questionar os adolescentes.</p> | <p>Enfermeira - Garotos, além da utilização das drogas e da exploração sexual, que outras situações de rua podem favorece a contaminação de DST?</p> |
| <p>Corte relacionado/ Os adolescentes</p> | <p>Todos ficam um instante em silêncio.</p> |

demonstrando sentimento de vergonha e timidez se mantêm em silêncio e não respondem à pergunta.

Enfermeira - falem garotos, vocês podem se abrir, vocês podem se abrir comigo. Vamos!

Magali rompe o silêncio - Assim tia, eu conheço uns pivetes que não vou falar quem, eles ficavam com uns caras lá na Beira Mar, agora tão todos doentes. Na rua tem muitas drogas, você sabe! Aí quando eles se drogam, eles fazem sexo tudo quanto é jeito e não usam camisinha.

Bruno - É tia, na rua tem muita menina vagabunda. Sexo na rua é muito fácil, todo mundo vive fazendo isso e sem usar camisinha.

Marcos - Ah tia, sexo na rua é fácil, todo mundo faz sexo na rua e eu não mim cuidava. Na Beira Mar tem muita garota de programa e travesti, eles me chamavam e eu ia pra ganhar dinheiro, por dinheiro eu ia mesmo. Eu não usava camisinha, uns deles não aceitava, mas eu queria, mas eles não aceitava, nois ia assim mesmo. E também, eu pegava as garotas que usavam drogas e outras por aí.

Bruno complementa a fala do colega -

| | |
|---|---|
| <p>Corte/ Os adolescentes ficam reflexivos por um instante.</p> | <p>Antes de eu ter uma doença desta eu também pegava essas garotas que usavam drogas, sabe. Elas me chamavam para fazer sexo eu ia mesmo, tava nem aí se elas andavam portando essas doenças pelo corpo não. Tava nem aí não, é, por onde eu andava tinha muita garota piranha tia, é eu andava por aí conhecia uma e outras, chamava para fazer sexo a gente ia assim mesmo, sem usar camisinha.</p> <p>Enfermeira - E vocês não tinha medo de pegar uma DST?</p> <p>Magali com um tom irônico fala - Esses garotos são muito otários, eles viviam dizendo para todo mundo que não tinha medo da aids.</p> <p>Bruno responde - É minha camarada, mas devido a minha falta de cuidado, já passei por uma doença destas, viu! Mas eu já fui ao hospital me tratar.</p> |
| <p>5 Corte – A apresentador reaparece e se volta para a tela</p> | <p>Apresentadora - Pelos depoimentos percebemos que existem entre esses adolescentes um conhecimento fragmentado aliado a falta de cuidados com o seu próprio corpo que os tornam mais vulneráveis.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Apresentadora - Outro ponto marcante é que na percepção desses adolescentes as meninas que fazem sexo na rua são vagabundas, mas será que o sexo acontece somente na rua e por isso não transar com meninas da rua os faz imunes às DST e/ou HIV? Esse modo de pensar não é correto.</p> <p>Apresentadora - Quando o adolescente fala que não precisa usar a camisinha por não ter medo de se contaminar com as DST pode estar revelando a necessidade de demonstrar de coragem, como se isso fosse um sinal de poder perante os demais. Esse adolescente acredita que demonstrar ser corajoso o levará a ser respeitado pelos demais.</p> |
| <p>6 Corte – Os personagens Marcos e Magali aparecem sentados no pátio do albergue construindo um grande desenho sobre a importância do uso da camisinha.</p> | <p>Áudio instrumental.</p> |
| <p>7 Corte – Destacar com efeito de computador: “Esclarecendo os riscos do viver no ambiente de rua”.</p> | <p>Narrador (Off).</p> |
| <p>Corte para: Os adolescentes sentam num círculo para ouvir as informações.</p> | <p>Enfermeira - A fase da adolescência aumenta a vulnerabilidade à infecção pelas DST/aids.</p> <p>Enfermeira - Quando o adolescente vivencia a experiência da rua, podem surgir alguns fatores dos quais os adolescentes podem se infectar com uma destas doenças, a utilização de drogas</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>lícitas, a prostituição, o sexo fácil podem fazer com que o adolescente muitas vezes não adote medidas protetivas e aumente as vulnerabilidades destas infecções.</p> <p>Enfermeira - O uso das drogas lícitas e ilícitas leva o adolescente a perda da consciência e a não utilização da camisinha em todas as relações sexuais aumentando as vulnerabilidades as DST.</p> <p>Enfermeira - Em meio à realidade de viver em situação de rua, exige do adolescente enquanto pessoa que se ama, uma atenção redobrada quanto às experiências e situações que vivencia no seu cotidiano.</p> <p>Enfermeira - Precisa-se agir com cuidado e usar a camisinha em todas as relações sexuais a fim de desenvolver uma sexualidade segura.</p> <p>Enfermeira - Somente conhecendo as DST e as formas de prevenção é que o adolescente pode se proteger dessas doenças.</p> <p>[...] e continua:</p> <p>Enfermeira - É preciso lembrar que, com DST não se pode brincar e que a melhor forma de não pegar uma doença perigosa como estas, é usar a camisinha toda vez</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | que for transar. Áudio instrumental de encerramento |
|--|--|

Tema da série 03: “Camisinha na cabeça, para não esquecer.”

Objetivo: Problematizar e enfatizar a importância do preservativo em todas as relações sexuais.

Tempo estimado: 12 minutos e 7 segundos.

| | |
|---|--|
| Abertura: Destacar com efeito de computador: “Camisinha na cabeça, para não esquecer.” | Narrador (Off). |
| 1 Corte – Um rapaz realiza o grafismo: “Camisinha na cabeça, pra não esquecer”. | Áudio instrumental. |
| 2 Corte – Os adolescentes aparecem no pátio do albergue conversando sobre a prevenção de DST/aids. | <p>Bruno [questionador] - Pois é pivete! É verdade que tu ainda transa sem camisinha?</p> <p>Marcos - Não uso esse negócio de camisinha, só pego menina limpa e não transo com “viados”. Não uso camisinha é porque é melhor sexo na carne. Não tenho medo de pegar doenças.</p> <p>João [surpreso] - Pois se liga pivete, a enfermeira lá disse que melhor forma de se proteger da aids, porque ela não tem cara, é sempre usar a camisinha.</p> <p>Bruno - Éh!, Éh!., Éh!</p> <p>João [rindo] - Tu achas!!!!</p> |
| 3 Corte – A apresentadora comenta as | Apresentadora (Off) - A imagem que o |

| | |
|---|---|
| <p>informações contidas nos diálogos dos adolescentes. Enquanto ela esclarece pontos importantes contidos nas falas dos personagens surgem na tela efeitos animados pontuando termos-chave do que está sendo informado.</p> | <p>adolescente tem acerca das DST/aids, é tratada como algo improvável e porque não dizer distante da realidade, não representa nenhuma ameaça para a saúde.</p> <p>Apresentadora (Off) - A contaminação pelo HIV/aids que é percebida pela maioria das pessoas como uma doença perigosa, associada inevitavelmente à morte, não é tão temida por esses adolescentes.</p> <p>Apresentadora (Off) - É provável que esses adolescentes acreditem que não se contaminarão com o HIV/aids porque evitam o contato com o soropositivo. Em parte esse pensamento encontra justificativa na ideia de que para se evitar o HIV/aids é necessário somente o distanciamento das pessoas que apresentavam sinais físicos da doença.</p> <p>Apresentadora (Off) - O adolescente quando diz que não vai pegar o HIV/aids pois transa com “meninas limpas” nos chama a atenção. Primeiro porque quem vê cara não vê aids, ou seja a “menina limpa” não quer dizer que não tenha HIV/aids.</p> <p>Apresentadora (Off) - Devemos ter cuidado, pois às vezes pensamos que uma pessoa que tem uma boa aparência não</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| | <p>esteja com nenhuma doença. Isso é um erro, pois as doenças demoram a apresentar os sintomas. Portanto, a melhor forma de se prevenir contra as DST é usar camisinha em todas as relações sexuais.</p> <p>Apresentadora (Off) - Outro ponto de destaque, é que ao pensar que homem só pega aids se tiver relação com homossexual, enfatiza a ideia dos grupos de risco, isso não é verdade, nos dias de hoje qualquer pessoa com práticas sexuais desprotegidas pode se contaminar com uma DST e/ou HIV/aids. Por isso, independente de transar com mulher ou não, precisamos usar a camisinha.</p> <p>Apresentadora (Off) - O terceiro ponto importante é o adolescente pensar que transar com camisinha não dá prazer. Isso é um preconceito, e demonstra a ideia do prazer sem alternativas, com a ideia de que sexo com camisinha não é a mesma coisa e por isso não é bom.</p> <p>Apresentadora (Off) - Esse pensamento é um erro que pode custar muito para a nossa saúde. A camisinha não evita o prazer e é uma forma de termos autonomia e nos prevenir das DST/aids com amor.</p> |
| <p>4 Corte – Os adolescentes e a enfermeira reaparecem dando continuidade ao diálogo sobre a prevenção das DST/aids.</p> | <p>Bruno [lamentando] - É tia, sabe! Antes devido a minha falta de cuidado eu já peguei uma doença destas, mas já fui ao</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Corte relacionado/ Surgem os personagens João, Marcos e Magali atentos ao relato de Bruno.</p> <p>Corta para: A enfermeira se volta para os adolescentes.</p> | <p>hospital fui me tratar. A doutora falou que sempre evitar esse tipo de doença eu devo usar a camisinha sempre quando eu for ter, quando for transar.</p> <p>Enfermeira - Vejam garotos, o exemplo do Bruno se infectou com uma DST, mas poderia ter se contaminado com o HIV.</p> <p>Enfermeira - Não é necessário passarmos pela mesma situação para aprendermos.</p> |
| <p>5 Corte - Surgem na cena outros adolescentes sem aparecerem seus rostos, somente a voz contando suas experiências com as DST/aids.</p> <p>A voz do adolescente vai sumindo.</p> <p>Corte/ A enfermeira reaparece na cena e continua o diálogo com os adolescentes.</p> | <p>Adolescente 01 - Eu também não tive cuidado e acabei se contaminando com uma DST. Eu quero é me recuperar desta doença e das drogas, pois quero voltar para casa de novo. O médico lá falou que estou com um problema de infecção, acabei pegando em uma relação sexual, eu não tive cuidado e acabei pegando um problema. Mas estou me tratando, e agora só transo se for com camisinha, pois se não usar camisinha você pode pegar aids, se você transar com qualquer um, transa com um, transa com outro, é perigoso</p> <p>Enfermeira - Vejam que esse adolescente não teve o cuidado, transou sem usar</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Corte relacionado/ Na cena surge a voz de uma adolescente.</p> <p>A voz da adolescente vai sumindo.</p> <p>Corte para: A enfermeira continua o diálogo.</p> | <p>camisinha e acabou adquirindo uma DST. Ele só veio perceber que é arriscado sair com um, transar com outro, depois que adquiriu a doença. Então devemos ver esse relato de vida do colega e tentar se proteger dessas doenças, a melhor forma é usando a camisinha em todas as relações. Fique de olho, quem ver cara não ver aids!</p> <p>Adolescente 02 - Eu tou com uma doença. O doutor disse que é uma DST. Tou quase curada. Se eu tivesse usado camisinha quando transei com meu namorado lá no terminal eu não tava doente e nem estava esperando um bebê. Meu namorado depois que eu fiquei assim, ele não me quer mais.</p> <p>Enfermeira - Vocês estão vendo que na fala dessa adolescente, além de ter a questão do não uso da camisinha, tem a gravidez indesejada, a geração de outra vida num ambiente impróprio, a infidelidade, o abandono do parceiro, são muitas as consequências a partir de uma relação sexual sem prevenção e sem compromisso.</p> |
| <p>6 Corte - Toca o telefone e um adolescente atende. Na gravação tem uma</p> | <p>Se liga mermão no que vou te falar: essa de 'esquecer a camisinha' é papo furado,</p> |

| | |
|--|---|
| mensagem cantada. | quem se liga na parada, leva a camisinha na cabeça, pra não esquecer. |
| 7 Corte – Destacar com o uso de <i>Stop Motion</i> : “A camisinha é o melhor método para prevenir as DST/aids.” | Narrador (Off) |
| 8 Corte – Por meio de um minivídeo do Ministério da Saúde é apresentado o passo a passo de como utilizar a camisinha. | <p>O uso correto da camisinha:</p> <p>A camisinha deve ser usada em todas as relações sexuais, tanto na relação oral, vaginal ou anal.</p> <p>Ela deve ser colocada com o pênis já ereto e antes de qualquer contato sexual com o seu parceiro ou sua parceira.</p> <p>Essa é a embalagem da camisinha masculina, antes de abri-la, é importante estar ligado. Preste atenção no prazo de validade, no carimbo do Inmetro e se a embalagem não está furada. Para isto é só apertá-la, se ficar estufada significa que ela está legal para ser usada.</p> <p>A camisinha masculina impede o contato do pênis nas relações sexuais vaginal, anal ou oral. Impede a troca de secreções, prevenindo assim as DST, ao HIV/aids e também uma gravidez não planejada.</p> <p>A embalagem já vem picotada nas laterais para facilitar sua abertura. A camisinha possui um lado certo para desenrolar, se não der certo ou for muito complicado,</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>vire a pontinha para o outro lado, aperte da pontinha dando uma leve torcidinha para evitar que fique com ar, porque esta pontinha é o lugar onde deve ficar o esperma e se ficar com ar, ela pode estourar com mais facilidade.</p> <p>Ainda segurando a ponta apertada, deve-se ir desenrolando a camisinha no pênis até chegar na base. Se não for desenrolada até a base, pode ser que durante a relação sexual ela saia do pênis e perca a proteção. A camisinha deve ficar desta forma no pênis.</p> <p>Imediatamente após ejacular, segurando a camisinha pela base, o homem deve tirar o pênis do parceiro ou da parceira para evitar que ela fique lá dentro. Em seguida, ele deve retirar a camisinha do pênis evitando o contato com o parceiro ou a parceira.</p> <p>Agora é só dar um nó, embrulhar em papel higiênico e jogar no lixo.</p> |
| <p>9 Corte - A apresentadora aparece de frente para a enfermeira e inicia um diálogo sobre o uso correto da camisinha.</p> | <p>Apresentadora - Como vimos, doutora, pelas imagens, usar o preservativo corretamente não é algo muito difícil.</p> <p>Enfermeira - Mas você acredita que ainda existe muita gente cheia de dúvidas sobre como usar a “camisinha”?</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Corte relacionado/ Os adolescentes contam o que aprenderam com o vídeo sobre o uso correto da camisinha.</p> | <p>Apresentadora - Sim, mas acho que esta apresentação veio esclarecer muitas dúvidas, não é verdade?</p> <p>Enfermeira - E alertar também!</p> <p>Apresentador - É claro!</p> <p>Enfermeira - Vejamos esses depoimentos.</p> <p>Magali [segura] - Achei importante saber como se usar a camisinha corretamente porque agora só vou transar com meu namorado se ele usar a camisinha. Agora estou mais experiente para não cair na conversa de nenhum pivete. E se ele dizer que não tem camisinha, eu vou falar sem camisinha eu não vou. Pois tem gente que tem DST e não fala, e tem gente que ainda faz na malícia.</p> <p>Marcos [confiante] - Antes eu não sabia usar a camisinha. Sempre ficava com medo de rasgar. Agora aprendi a utilizar, agora eu posso transar e sem correr risco de pegar doenças.</p> |
| <p>10 Corte – Todos os adolescentes reaparecem numa quadra próxima ao albergue.</p> | <p>João [questionador] volta-se para Marcos e pergunta - E aí pivete, depois de tudo que nós ouvimos e visualizamos, tu ainda vai transar sem camisinha?</p> <p>Marcos [seguro] - Tu é doido pivete, sou</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>besta não! Aprendi que DST são as doenças graves. Por isso, devemos se prevenir destas doenças. Aprendi que devemos dizer não as DST.</p> <p>João volta-se para a tela e fala - Atenção, com as DST não podemos brincar se deve brincar. A melhor forma de se prevenir contra essas doenças é usar a camisinha quando for transar.</p> <p>Bruno enfatiza: Você aí meu irmão, se liga, aids é uma doença muito contagiosa, fique sempre atento. Se você não quiser morrer cedo, use camisinha, aids mata!</p> <p>Áudio instrumental (sobe e desce).</p> |
| <p>11 Corte - Os adolescentes reaparecem com a camisinha nas mãos, demonstrando a relação entre camisinha e poder.</p> | <p>Fim e/ou o começo!</p> |

**APÊNDICE I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE
ACOLHIMENTO DOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO DO
VÍDEO**

Quadro 19 – Características sociodemográficas e de acolhimento dos adolescentes participantes da validação do vídeo, 2014.

| Nome | Idade | *Escolaridade | Naturalidade | Motivo da admissão |
|----------------|--------------|----------------------|------------------------|--|
| Adolescente 01 | 16 | 9º ano | Fortaleza - CE | Abandono, mendicância e negligência familiar |
| Adolescente 02 | 16 | 9º ano | Tauá- CE | Abandono, exploração, trabalho infantil, mendicância e negligência |
| Adolescente 03 | 16 | 9º ano | Tauá- CE | Abandono, drogadição, mendicância e negligência familiar |
| Adolescente 04 | 17 | 6º ano | Pacajus - CE | Negligência familiar |
| Adolescente 05 | 15 | 4º ano | Varjota - CE | Negligência familiar |
| Adolescente 06 | 17 | 4º ano | Santana do Acaraú - CE | Negligência familiar, abandono e drogadição |
| Adolescente 07 | 14 | 4º ano | Fortaleza- CE | Negligência familiar, abandono e drogadição |
| Adolescente 08 | 17 | 4º ano | Fortaleza-CE | Negligência familiar, abandono e drogadição |
| Adolescente 09 | 17 | 4º ano | Redenção-CE | Negligência familiar, abandono e drogadição |
| Adolescente 10 | 17 | 4º ano | Maranguape-CE | Negligência familiar e abandono. |

* Em concordância com as alterações decorrentes da Lei 11.274, de 6 de fevereiro de 2006.

ANEXO A - REQUERIMENTO



Requerimento

Pelo presente, eu **profa Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro**, docente do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizado na Rua Alexandre Baraúna, 1115, Bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, venho por meio deste, solicitar a visita ao Abrigo Renascer a ser realizada pelo meu orientando de doutorado o enfermeiro Izaildo Tavares Luna.

A visita tem por objetivo solicitar o desenvolvimento de estratégia educativa mediada por um vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/aids para adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade. Os encontros educativos serão desenvolvidos por meio da técnica de grupo focal onde os adolescentes avaliarão o vídeo educativo.

Aproveito para informar que o protocolo de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e obedeceu aos aspectos ético-legais relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará.

Para maiores esclarecimentos segue em anexo, ao requerimento, à cópia do parecer consubstanciado do CEP.

Certo de que seremos atendidos, agradeço antecipadamente a atenção.

Fortaleza- CE, 09/10/2014.

Profª Dra. Patricia Neyva da Costa Pinheiro

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)

ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO**Unidade de Acolhimento Renascer**

Pela presente, eu **Elisabeth Maria Machado Pinheiro**, gerente do Abrigo Renascer, localizado na Rua Ministro Joaquim Bastos, 534 – Fátima - CEP: 60.415-004 Fortaleza - Ceará – Brasil, venho por meio desta concordar com a solicitação do Enf^o Ms. Izaildo Tavares Luna, aluno do Curso de Doutorando em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), para a realização da **etapa de validação do vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/aids para adolescentes em situação de rua**. Declaro estar informada da metodologia que será desenvolvida na pesquisa.

Ciente de que a pesquisa será desenvolvida conforme a resolução CNS 466/2012 e das demais resoluções complementares autorizo a utilização do nome da instituição no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico, resguardando o anonimato e confidencialidade do nome dos adolescentes e das informações fornecidas durante os encontros.

Fortaleza - CE, 09 de Outubro de 2014.

Elisabeth Maria Machado Pinheiro

Gerente do Abrigo Renascer

ANEXO C – DECLARAÇÃO**Unidade de Acolhimento Renascer**

Pela presente, eu **Elisabeth Maria Machado Pinheiro**, gerente do Abrigo Renascer, localizado na Rua Ministro Joaquim Bastos, 534 – Fátima - CEP: 60.415-004 Fortaleza - Ceará – Brasil, venho por meio desta declarar para os devidos fins que o Enfº Ms. Izaildo Tavares Luna, aluno do Curso de Doutorando em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), realizou no período de 09 a 16 de Outubro de 2014 a etapa de observação participante com os adolescentes atendidos nessa instituição de acolhimento.

Faço ainda saber, que durante o período de 18 a 24 de Outubro de 2014 foram realizados os grupos focais como etapa de validação do vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/aids para adolescentes em situação de rua.

Fortaleza - CE, 30 de Outubro de 2014.

Elisabeth Maria Machado Pinheiro

Gerente do Abrigo Renascer

ANEXO D - PROPOSTA DE ORÇAMENTO**UM NOVO CONCEITO EM FOTO E VIDEO****PROPOSTA DE ORÇAMENTO****Ào****Srº Izaildo Tavares Luna**

Prezados Senhor:

Conforme solicitação, estamos apresentando orçamento para produção de vídeo educativo.

Em nosso orçamento esta incluso:

Diretor de cena, diretor de fotografia, operador de câmera, operador de iluminação, assistente, equipe de som direto (microfone boom e microfone de lapela), transporte da equipe (carro e motorista), locação de estúdio (com chroma key), editor, editor especialista em *stop motion*, finalização e 1 cópia em DVD para seu arquivo.

Equipe total em média de 07 profissionais para captura das imagens, som e pós-produção final.

Obs.: Custos com atores, Figurantes ou outros que não especificados neste orçamento, por conta do contratante.

Vídeo com data prevista para inicio das gravações no mês de Maio de 2014. Entrega do material final com aproximadamente 30 dias após o término das gravações.

Com pagamento a vista na assinatura dos termos de compromisso.

Custo Total: R\$ 6.000,00 (Seis Mil Reais).

Validade deste Orçamento: 15 dias.

Fortaleza, 06 de Maio de 2014.

Atenciosamente,

Luís Cláudio dos Anjos

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VÍDEO EDUCATIVO COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DST/AIDS PARA ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA.

Pesquisador: IZAILDO TAVARES LUNA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15776013.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 320.992

Data da Relatoria: 26/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho para refletir sobre o uso das tecnologias educativas para subsidiarem as ações de saúde junto aos adolescentes, com uma proposta de reflexão sobre a prevenção das DST/AIDS, para isso, o enfermeiro que atua na atenção a saúde desse público necessita romper com a abordagem meramente da esfera biológica e voltar-se para trabalhar a sexualidade do adolescente numa perspectiva ampliada, que considere a orientação sexual, as questões de gênero, risco e vulnerabilidades (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008). Diante do exposto, os pesquisadores acreditam na seguinte tese: o vídeo educativo com enfoque na prevenção das DST/AIDS é uma ferramenta que promove o pensamento reflexivo nos adolescentes em situação de rua, contribuindo para a compreensão e o desenvolvimento de uma concepção crítica e autônoma sobre sua sexualidade. A proposta do estudo está voltada para a construção de uma estratégia educativa que possibilite orientar o adolescente por meio da educação de interesse, utilizando recurso tecnológico com linguagem atraente, dinâmica, lúdica e que promova uma atmosfera de lazer e entretenimento ao adolescente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127 | | CEP: 60.430-270 |
| Bairro: Rodolfo Teófilo | | |
| UF: CE | Município: FORTALEZA | |
| Telefone: (85)3366-8344 | Fax: (85)3223-2903 | E-mail: comepe@ufc.br |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 320.992

Desenvolver um vídeo educativo com informações voltadas à prevenção de DST/Aids para adolescente em situação de rua; Validar conteúdo e técnica do vídeo educativo voltado à prevenção de DST/Aids para adolescente em situação de rua com especialistas; Verificar a eficácia do vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/Aids com os adolescentes em situação de rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico de caráter não somente investigativo com a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Seu foco é o desenvolvimento, a implementação, a validação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas. Portanto não trará riscos para os participantes. Os benefícios será promover nos participantes da intervenção educativa o pensamento reflexivo, contribuindo para a compreensão e o desenvolvimento de uma concepção crítica e autônoma sobre sua sexualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de grande relevância possibilitando orientar os participantes por meio da educação de interesse, utilizando recurso tecnológico com linguagem atraente, dinâmica, lúdica e que promova uma atmosfera de lazer e entretenimento ao sujeito. A construção do vídeo educativo com enfoque na prevenção das DST/Aids envolverá a comunicação entre o profissional de saúde e o cliente, e a valorização dos contextos sociais, culturais e institucionais da população-alvo, podendo fornecer suporte a um encontro com os princípios de intersetorialidade e participação popular contidos na política do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os documentos necessários ao envio do projeto ao COMEPPE_UFC.
Termo de consentimento claro e objetivo.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado salvo melhor juízo do conselho.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 320.992

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 01 de Julho de 2013

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

ANEXO F – ATESTADO DE REVISÃO VERNACULAR

Atestado de Revisão Vernacular

Atesto ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), que a tese “Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/aids para adolescentes em situação de rua”, de Izaildo Tavares Luna, foi por mim revisada sob o aspecto vernacular.

Fortaleza, 3 de março de 2015.



Maria Luísa Vaz Costa

Revisora de textos

Licenciada em Letras pela Universidade de Fortaleza- Unifor


RG1022189 SSPCE

Telefones: 32541203 e 88381203 / 98225647.

ANEXO G - DECLARAÇÃO DE FORMATAÇÃO DA TESE**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaro para os devidos fins que eu, Luana Monteiro Rodrigues, graduada em Letras, pela Universidade Federal do Ceará, portadora do registro profissional nº 47862817/SEDUC-CE, realizei a formatação da tese intitulada: **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/Aids para adolescentes em situação de rua**, sob autoria de Izaildo Tavares Luna.

Fortaleza, 21 de março de 2015.



Prof^a. Luana Monteiro Rodrigues
Graduada em Letras pela Universidade Federal
do Ceará (UFC). Especialista em Ensino de
Língua Materna (UECE). Portadora do registro
Profissional nº. 47862817/SEDUC-CE