



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

LEILANE BARBOSA DE SOUSA

**DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE
UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS EM
MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL.**

FORTALEZA

2010

LEILANE BARBOSA DE SOUSA

**DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE
UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS EM
MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará-UFC como requisito parcial para obtenção
do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora:

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA

2010

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

<p>S697d Sousa, Leilane Barbosa de Desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma tecnologia educativa para prevenção de dst/hiv/aids em mulheres em união estável/ Leilane Barbosa de Sousa. – Fortaleza, 2010. 142 f.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, Ceará.</p> <p>Enfermagem. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Saúde da Mulher. Educação em Saúde. Tecnologia.</p> <p>1. Enfermagem. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 4. Saúde da Mulher. 5. Educação em Saúde. 6. Tecnologia. I. Pinheiro, Ana Karina Bezerra (orient.) II. Título.</p> <p>CDD:616.951</p>

LEILANE BARBOSA DE SOUSA

**DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE
UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS EM
MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará – UFC

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO

Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Programa Nacional de Pós-Doutorado – PNPd/UFC

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

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará – UFC

DEDICATÓRIA

A *DEUS*...

À *PROFA. DRA. MARIA GRASIELA TEIXEIRA BARROSO*, meu anjo da guarda desde a graduação. Por ter acreditado em mim desde o início, pelo ensino do valor da ética, da fé, da perseverança e da resiliência, este trabalho é dedicado especialmente a ela.

Aos meus pais, Maria Salete e João Batista, que me ensinaram a importância da perseverança e do amor na busca pela realização dos meus sonhos.

Ao meu noivo e também anjo da guarda Gustavo, pelo apoio excepcional, pela calma, pelo carinho e pela doce presença, que foram meu alicerce nessa jornada.

À minha irmã Iara e ao meu sogro Roberto Faria, que, mesmo diante de tantas atribuições, reservaram seu tempo e seu carinho para me auxiliar na fase final desta jornada.

A minha irmã Adriana, que me motivou com a chegada de minha sobrinha, Yasmin.

À Professora Doutora Ana Karina Bezerra Pinheiro, que me acolheu como orientanda com tanto carinho e paciência em um momento tão delicado de nossas vidas.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, especialmente à Professora Doutora Maria Dalva dos Santos Alves, pelas palavras de apoio e incentivo.

Aos amigos Nilza, Paulicéia, Cristina, Maria Adriana, Madalena, tia Rosa, Júnior e Sérgio, que gentilmente se prontificaram a participar da gravação do vídeo educativo.

Às amigas Karenine e Priscila, pessoas especiais e almas iluminadas.

Às várias mulheres brasileiras que, por alguma razão, se encontram em situação de submissão ao marido ou companheiro, pois este trabalho foi desenvolvido justamente para elas, no intuito de contribuir para promoção da autonomia destas sobre seus próprios corpos, em busca de uma vivência sexual consciente e saudável.

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelos valiosos ensinamentos.

Ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, onde conheci o significado do cuidar e a importância do pensamento complexo.

Aos colegas de graduação e pós-graduação, presentes eternamente em meu coração.

Aos funcionários do Centro de Desenvolvimento Familiar, pela disponibilidade e receptividade, que fizeram desta caminhada um período alegre e recompensador.

À bibliotecária Rosane, que contribuiu na adequação do conteúdo deste trabalho às normas da ABNT.

Aos meus alunos da Universidade Federal do Piauí, pela compreensão, apoio e incentivo.

Às mulheres da comunidade do Planalto do Pici, que, desde a realização de minha dissertação de Mestrado, vêm contribuindo para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de tantas outras mulheres em situações semelhantes.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.
(Paulo Freire)

RESUMO

O estudo teve como objetivos desenvolver um vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável, avaliar o conteúdo e os aspectos técnicos do vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável, implementar o vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável e avaliar o impacto do vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável. Trata-se de uma pesquisa do tipo desenvolvimento tecnológico, com utilização da técnica de grupo focal para coleta de dados. A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas: desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo, avaliação do roteiro do vídeo educativo, gravação e edição do vídeo educativo, e implementação e avaliação do impacto do vídeo educativo. O desenvolvimento do vídeo foi fundamentado em diagnóstico cultural previamente traçado, a avaliação do roteiro foi feita por dois profissionais da área da enfermagem e dois da comunicação social, a gravação e edição do vídeo aconteceram no ambiente cultural do público alvo, e a implementação e avaliação do vídeo foi desenvolvida com três grupos focais no Centro de desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), com participação de 25 mulheres em união estável. Os achados provenientes dos grupos focais foram submetidos à técnica de análise de conteúdo. Os resultados desse estudo ressaltaram a importância da utilização de recursos culturais no desenvolvimento de vídeos educativos. Na avaliação do conteúdo e dos aspectos técnicos do vídeo houve substituição de termos técnicos, substituição de frases afirmativas por interrogativas e inclusão de efeitos tecnológicos de destaque. Após implementação do vídeo as participantes adquiriram conhecimento acerca do conceito de DST, das formas de contaminação, da vulnerabilidade de casais em união estável, das diferenças de vulnerabilidade entre homens e mulheres, e dos meios para obtenção do diagnóstico. Foi verificado desenvolvimento de atitude de realizar periodicamente exames diagnósticos e de usar “camisinha” como método de prevenção, além da perspectiva de utilização da “camisinha” masculina em virtude da descoberta de alternativas, como a “camisinha” com aroma e em tamanhos diferentes. Conclui-se que o vídeo educativo desenvolvido constituiu tecnologia de impacto na prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável. Recomenda-se a realização de estudos semelhantes com outros grupos, sobretudo com aqueles que, por questões culturais, se encontram vulneráveis às DST/HIV/aids, tais como surdos, idosos e usuários de drogas. Incentiva-se, também, o desenvolvimento de estudos similares com mulheres em união estável em outros ambientes culturais, a fim de ressaltar o caráter transcultural do cuidado de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Saúde da Mulher. Educação em Saúde. Tecnologia.

ABSTRACT

The study had as objectives to develop an educational video, to assess its content and technical aspects, to implement it and to assess its impact as technology for STD/HIV/AIDS prevention in women in long-term relationships. The study was of the technological development type using the technique of focal group for data collection. The research was carried out in four stages: development of the script of the educational video, assessment of the script of the educational video, recording and edition the educational video, and implementation and assessment of the impact of the educational video. Data collection happened in November 2010, during two mornings. Three focal groups were developed in the Family Development Center (CEDEFAM), with the participation of 25 women in long-term relationships. Data collection happened through a questionnaire to assess the script of the educational video and a route for focal group. The results of the assessment of the video script were organized in pictures, and the results of the focal groups were submitted to the content analysis technique. Content raters accepted the initial idea of the script, suggesting the change of technical terms and increment of information. Technical raters suggested substitution of affirmative sentences for interrogatives and inclusion of remarkable technological effects. After recording and edition of the video, the same was implemented and assessed. For its assessment it was performed approach of knowledge, attitudes and practices in STD/HIV/AIDS prevention, before and after implementation of the video, in order to verify the impact of educational technology. The results showed that after video implementation the participants gained knowledge on the concept of STD, on the routes of contamination, on the vulnerability of long-term relationship couples, on the vulnerability differences between men and women, and on the ways to obtain the diagnosis. It was verified impact in the attitude of accomplishing diagnostic tests periodically and of using condom as preventive method. The perspectives on practice point to the use of male condom because of the discovery of alternatives, like condom with scent and in different sizes. We concluded that the educational video constituted impact technology in STD/HIV/AIDS prevention in women in long-term relationships. Considering the transcultural character of nursing care, we recommended the accomplishment of similar studies with different cultural groups and the implementation of the video with other women in long-term relationships that have similar cultural characteristics.

Keywords: Nursing. Sexually Transmitted Diseases. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Women's Health. Health Education. Technology.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue desarrollar un video educativo para evaluar el contenido y los aspectos técnicos del video educativo, implementar el video educativo y evaluar el impacto del video como tecnología para prevenir las ETS/VIH/SIDA entre mujeres en relaciones estables. El estudio fue del tipo desarrollo tecnológico con el uso de la técnica de grupo de enfoque para la recolección de datos. La investigación se llevó a cabo en cuatro etapas: desarrollo de guión de video educativo, evaluación del guión del video educativo, grabación y edición de video y ejecución y evaluación del impacto del video educativo. Los datos fueron recolectados en noviembre de 2010 por dos mañanas. Tres grupos de enfoque se desarrollaron en el Centro de Desarrollo de la Familia (CEDEFAM), con la participación de 25 mujeres en relaciones estables. La recolección de datos se basó en una encuesta para la evaluación del guión de video educativo en una secuencia de comandos para el grupo de enfoque. Los resultados de la evaluación del video fueron organizados en cuadros, ya que los resultados de los grupos de enfoque fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido. Los evaluadores de contenido aceptaron la idea inicial del guión, y surgieron la sustitución de términos técnicos e informaciones adicional. Los evaluadores técnicos surgieron la sustitución de las oraciones interrogativas y la adición de efectos tecnológicos de importancia. Después de la grabación y edición de vídeo, esto fue implementado y evaluado. Para acercarse a su evaluación, se llevó a cabo conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención de ETS/VIH/SIDA antes y después de la implementación del video, a fin de determinar el impacto de la tecnología educativa. Los resultados mostraron que después de la implementación del video, los participantes adquirieron conocimientos acerca del concepto de ETS, de las formas de contaminación, de la vulnerabilidad de las parejas en relaciones estables, de las diferencias de vulnerabilidad entre hombres y mujeres, y de los medios para obtener un diagnóstico. Se encontró impacto en la actitud para realizar regularmente pruebas de diagnóstico y de usar condones como método de prevención. Las perspectivas en relación a la práctica apuntaron para el uso de camisinhas masculinos debido al descubrimiento de alternativas, como los camisinhas con sabores y de diferentes tamaños. Llegamos a la conclusión de que el video educativo desarrollado es una tecnología de impacto en la prevención de ETS/VIH/SIDA en mujeres con relaciones estables. Teniendo en cuenta la naturaleza transcultural de la atención de enfermería, se recomienda que estudios similares con diferentes grupos culturales y la aplicación de video con otras mujeres que establecen unión estable y tienen similares características culturales.

Palabras clave: Enfermería. Enfermedades de Transmisión Sexual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Salud de la Mujer. Educación en Salud. Tecnología.

LISTA DE FIGURAS

1 Fluxograma das fases da pesquisa.....	57
---	----

LISTA DE QUADROS

1 Identificação dos artigos segundo ano de publicação, objeto de estudo, e elementos facilitadores e obstáculos ao desenvolvimento de habilidades.....	28
2 Correlação entre indicadores empíricos e resultados obtidos na pesquisa.....	38
3 Critérios para a seleção dos avaliadores de conteúdo.....	59
4 Critérios para a seleção dos avaliadores técnicos.....	60
5 Avaliação do conteúdo quanto aos objetivos do vídeo.....	73
6 Avaliação do conteúdo quanto ao teor do vídeo.....	74
7 Avaliação do conteúdo quanto à relevância do vídeo.....	77
8 Avaliação do conteúdo quanto ao ambiente.....	78
9 Avaliação técnica quanto à funcionalidade do vídeo.....	79
10 Avaliação técnica quanto à usabilidade do vídeo.....	80
11 Avaliação técnica quanto à eficiência do vídeo.....	81
12 Conhecimento acerca do conceito e dos tipos de DST.....	87
13 Conhecimento acerca dos sinais, sintomas e conseqüências das DST.....	88
14 Conhecimento acerca das formas de contaminação por DST/HIV.....	90
15 Conhecimento acerca da vulnerabilidade de casais em união estável.....	92

16	Conhecimento acerca das diferenças de vulnerabilidade entre mulheres e homens.....	94
17	Conhecimento acerca dos meios para obtenção de diagnóstico.....	96
18	Conhecimento acerca das formas de prevenção.....	97
19	Atitude de realizar periodicamente exames diagnósticos.....	98
20	Atitude de usar “camisinha” como método de prevenção.....	99
21	Atitude de exigir do companheiro o uso da “camisinha” como método de prevenção.....	101
22	Atitude de utilizar a “camisinha” feminina.....	102
23	Obstáculos e elementos facilitadores na utilização da “camisinha” masculina.....	104
24	Atitude de negociação do uso da “camisinha” masculina.....	105

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo tempo de gravação. Brasil, 1980-2006.....	45
2	Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo década de produção. Brasil, 1980-2006.....	46
3	Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo Região. Brasil, 1980-2006.....	46
4	Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo público-alvo. Brasil, 1980-2006.....	47
5	Distribuição dos enfoques dos vídeos, segundo temáticas DST e HIV/aids. Brasil, 1980-2006.....	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Conhecimento, atitude e prática: por que utilizar estes conceitos em intervenções direcionadas para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável	23
3.2	Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres em relação ao uso da camisinha.....	27
3.3	Acessibilidade da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural ao desenvolvimento, implementação e avaliação de uma tecnologia educativa para prevenção das DST/HIV/aids.....	34
3.3.1	Breve resumo do estudo selecionado: “DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher”.....	36
3.3.2	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado cultural e a identificação de seus indicadores empíricos na elaboração de uma intervenção na prevenção de DST	37
3.4	Vídeos educativos sobre DST/HIV/aids: o que se produz no Brasil?.....	42
4	METODOLOGIA.....	55
4.1	Tipo de estudo e técnica de coleta de dados.....	55
4.2	Local do estudo.....	56
4.3	Fases da pesquisa.....	57
4.3.1	Fase 1: Desenvolvimento do roteiro do vídeo.....	58
4.3.2	Fase 2: Avaliação do roteiro do vídeo.....	59
4.3.3	Fase 3: Gravação e edição do vídeo.....	61
4.3.4	Fase 4: Implementação e avaliação do vídeo.....	62
4.4	Organização e análise dos dados.....	65
4.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	65
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	69
5.1	Fase 1: Desenvolvimento do roteiro do vídeo.....	69
5.2	Fase 2: Avaliação do roteiro do vídeo.....	72
5.3	Fase 3: Gravação e edição do vídeo.....	83
5.4	Fase 4: Implementação e avaliação do vídeo.....	85
6	CONCLUSÃO.....	108

7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES.....	111
	REFERÊNCIAS.....	112
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a aids constituem significativos problemas de saúde no Brasil, o que desperta o interesse de órgãos e autoridades comprometidos com a saúde sexual e reprodutiva para a necessidade de desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias educativas eficazes de prevenção.

O panorama atual revela que as DST/HIV/aids apresentam crescimento não apenas em relação ao número de casos, como também no que se refere à diversidade de populações atingidas. Dados apresentados no último boletim epidemiológico de DST/HIV/aids revelaram que, em relação à aids, uma das DST mais preocupantes, houve aumento da incidência nas regiões Norte e Nordeste. Ressalta-se a inversão no número de casos segundo a relação homem/mulher, sobretudo no início da vida sexual (entre o público de 13 a 19 anos de idade são oito casos de meninos para dez casos de meninas contaminadas), e exposição hierarquizada, em que a relação sexual entre heterossexuais já é destacada como importante forma de transmissão (BRASIL, 2009a). O Ceará retrata essa realidade. No Estado, 95% dos municípios possuem pelo menos uma pessoa portadora do HIV, sendo que a transmissão entre heterossexuais e a crescente contaminação de mulheres são fatos de destaque (MOTA, 2010).

Verifica-se que qualquer pessoa sexualmente ativa pode adquirir DST/HIV/aids. As chances de infecção não se encontram, portanto, relacionadas a opção sexual ou a sexo. Pessoas que antes não constituíam os “grupos de risco”, como heterossexuais, especialmente mulheres em união estável, atualmente se encontram vulneráveis, sobretudo por não se considerarem propensas a adquirir DST/HIV/aids.

No contexto da Promoção da Saúde, especialmente no âmbito da prevenção de DST, o Programa Nacional de DST/HIV/aids ressalta que as desigualdades regionais do Sistema Único de Saúde (SUS) influenciam no crescimento de DST/HIV/aids, e que, nos cenários das doenças de transmissão por via sexual, um dos grandes desafios é reforçar a qualidade da assistência do SUS no controle da exposição ao vírus HIV por meio de relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem o uso da “camisinha” (BRASIL, 2008). O uso da “camisinha” constitui, portanto, método seguro de prevenção de DST/HIV/aids se usado corretamente. Configura-se ainda como alternativa que oferece proteção adicional como contraceptivo, sendo o único método que oferece essa dupla efetividade (BRASIL, 2005a).

O conhecimento sobre “camisinhas” é alto no Brasil, porém, acredita-se ser frequente seu uso incorreto e inadequado. Estudo realizado com 3.456 pessoas, de 15 anos ou mais de

idade, residentes em uma cidade do Rio Grande do Sul, identificou os métodos contraceptivos que a população conhece, mas não detalhou o conhecimento sobre como utilizá-los e as contraindicações de cada método, inclusive da “camisinha” (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005). Em outro estudo, realizado com 303 universitários de Fortaleza, a “camisinha” feminina foi método contraceptivo menos utilizado, apenas 0,4% da amostra declarou usá-la (RABELO *et al.*, 2006). Tal fato assemelha-se com os dados obtidos por uma pesquisa realizada nacionalmente, com 1.298 pessoas sexualmente ativas de 14 anos ou mais de idade (2,5% de toda população de 14 anos ou mais, sexualmente ativa nos últimos seis meses), tendo-se constatado que 76% destas conheciam a “camisinha” feminina, mas apenas 3,3% já haviam feito uso da mesma em suas relações sexuais (BRASIL, 2006a).

O uso correto e frequente da “camisinha” na prevenção de doenças está diretamente relacionado ao conhecimento, à atitude e à prática, ou seja, ao que as pessoas sabem, sentem e como se comportam a respeito das DST/HIV/aids. A complexidade desses elementos vai ao encontro do conceito de Promoção da Saúde, o qual consiste na capacitação e inclusão do indivíduo no processo de melhoria da sua qualidade de vida, convergindo para o desenvolvimento de habilidades pessoais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, bem como para a conscientização acerca de autonomia e corresponsabilidade no cuidado com o próprio corpo e na quebra da cadeia de transmissão de DST/HIV/aids (BRASIL, 2001).

O desenvolvimento de habilidades pessoais consiste em uma das estratégias de Promoção da Saúde, sendo obtida por meio do acesso à informação e da intensificação das habilidades vitais (BRASIL, 2001). Estes, por sua vez, são adquiridos por meio da Educação em Saúde, ao permitir que os indivíduos conheçam várias opções de cuidado e conduzam práticas favoráveis à qualidade de vida.

O sucesso das estratégias de Educação em Saúde depende, sobretudo, da efetividade da comunicação entre profissional de saúde e paciente, de modo que seja estabelecido um diálogo visando à conscientização e à autonomia no que concerne adoção de um modo de vida mais saudável. No contexto da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva, mais especificamente da prevenção de DST/HIV/aids em casais em união estável, é imprescindível que as atividades educativas sejam fundamentadas no conhecimento cultural, a fim de que haja aproximação e interação eficaz dos profissionais de saúde com os pacientes (SOUSA, 2007).

A cultura é compreendida como um conjunto de relações, produtos, hábitos e costumes compartilhados e transmitidos pelo homem, não sendo identificada em nenhuma outra espécie. Por ser dinâmica, pode ser modificada, transformada (LARAIA, 2006).

Em relação à importância da abordagem da cultura na prevenção de DST/HIV/aids, cabe destacar a noção de que, durante o desenvolvimento da dissertação para conclusão do curso de mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde, ao investigar a contaminação por DST no âmbito da relação estável, pode-se notar que diversos elementos culturais estiveram presentes de forma incisiva desde a aquisição da doença à pós-contaminação. Mulheres em união estável foram acompanhadas desde o diagnóstico em consultório de enfermagem até a repercussão da notícia em ambiente familiar e se observou que a contaminação é carregada de significados culturais e representações que configuram uma situação de saúde-doença complexa (SOUSA, 2007).

As mulheres com diagnóstico de HPV, entrevistadas durante o desenvolvimento do estudo retrocitado, revelaram que a notícia representou uma “sentença de morte” e, inclusive, relacionaram a gravidade do diagnóstico ao de contaminação pelo HIV. Isso afetou profundamente a qualidade de vida da mulher, principalmente no que se refere às relações com o companheiro. Já no caso de outras DST, a preocupação foi momentânea, uma vez que as mulheres não atribuem significativo valor às doenças que não causam incômodos ou podem ser facilmente tratadas e que têm cura, desconsiderando que até as DST “menos graves” podem ser portas de entrada para outras (SOUSA, 2007).

Então, despertou-se para o fato de que elementos culturais, como crenças, mitos e tabus, configuram-se como eixos norteadores para desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis à saúde sexual e reprodutiva, devendo ser valorizados na elaboração de estratégias educativas. Ademais, há de se reconhecer na figura feminina uma presença educativa marcante, participativa, na orientação de crenças e valores familiares, bem como na educação, com potencial para a elaboração de ideias positivas e práticas de saúde satisfatórias, desde que devidamente informadas e com oportunidade de obter informações adequadas, com a realidade de sua vulnerabilidade e com opções para prevenção de doenças e proteção de sua saúde. O potencial educativo feminino é destacado por Freire (1997), que considera a mulher, em seu papel de mãe, filha, esposa e membro da sociedade civil, uma educadora nata.

O estudo realizado durante o mestrado foi norteado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, mais especificamente pelo modelo *Sunrise* (LEININGER, 2002). Este padrão sugere que o pesquisador desenvolva sua investigação cultural com base no processo de enfermagem, obedecendo às etapas de investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Dessa forma, durante o desenvolvimento da dissertação retrocitada, o conhecimento sobre culturas, pessoas e

sistemas, sobretudo acerca da estrutura social e visão de mundo, linguagem e contexto ambiental e fatores de religião, tecnologia, filosofia, companheirismo, estrutura social, valores e crenças culturais, política, sistema legal, economia e educação do paciente, correspondeu às etapas de *investigação e diagnóstico* do processo de enfermagem.

Após saber a realidade de conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres que estabelecem união estável e fazer o diagnóstico da situação cultural em relação ao cuidado, pretende-se, neste ensaio, realizar o *planejamento, implementação e avaliação* de uma tecnologia educativa baseada nos fatores culturais identificados. Estas etapas do processo devem ser fundamentadas em práticas de Educação em Saúde criativas e culturalmente contextualizadas.

No âmbito das tecnologias educativas, a utilização de imagens de quaisquer formas consiste em importante ferramenta no processo de comunicação, o que faz pressupor que contribuam também para o processo educativo. No caso de vídeos, ressalta-se a qualidade da imagem, que se apresenta em movimento, fazendo com que a mensagem a ser compartilhada se aproxime ainda mais da realidade. Aumont (1993) explica que as imagens em um vídeo são relacionadas pelo espectador a enunciados culturais, que conferem a essas imagens um sentido simbólico, favorecendo a aproximação entre espectador e realidade. Complementando esse pensamento, Borges (1996) assegura que a utilização de imagens favorece o processo de identificação cultural dos sujeitos nas questões problematizadas em situações em que o vídeo é utilizado com intuito educativo.

Com base no exposto, este estudo parte do seguinte questionamento: qual o impacto de um vídeo educativo, baseado em uma abordagem reflexiva e em congruência com a cultura, como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável?

Considerando a proposta de desenvolver e implementar uma tecnologia educativa no âmbito da Promoção da Saúde, ressalta-se a especificidade de uma avaliação acerca do *impacto*. Consoante Naidoo e Wills (2000), a avaliação do impacto difere da avaliação do resultado no que se refere às variáveis avaliadas, uma vez que a primeira tem como foco o conhecimento e a atitude, enquanto a segunda é centrada na prática propriamente dita. As autoras reforçam, ainda, a noção de que a avaliação do impacto deve ser realizada logo depois do desenvolvimento e implementação de uma tecnologia, como estágio final deste processo; já a avaliação do resultado é uma investigação mais profunda, que deve ser realizada em etapa posterior, em longo prazo, em média, um ano após a avaliação do impacto. Portanto, situa-se este estudo no desenvolvimento, implementação e avaliação do *impacto*, na perspectiva de,

em momento posterior — possivelmente em uma investigação de pós-doutorado — realizar a avaliação dos resultados.

Diante do problema de pesquisa apresentado, defende-se a tese de que **um vídeo educativo direcionado para a realidade cultural da comunidade e formulado com base em uma abordagem dialógico-reflexiva constitui tecnologia de impacto para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável**. Isso porque, quando uma tecnologia educativa é desenvolvida em congruência com a cultura, favorece o diálogo satisfatório entre profissional de saúde e cliente (LEININGER, 2002; SOUSA, 2007).

A justificativa para se efetuar uma investigação que tem como objeto de estudo um vídeo educativo sobre prevenção de DST/HIV/aids reside no fato de que a forma como a informação sobre estas doenças chega às clientes pode direcionar a realização do conhecimento, a elaboração de pensamentos e, posteriormente, práticas de saúde. Considera-se que esta proposta constitui oportunidade excepcional para a promoção da reflexão e conscientização sobre riscos e proteção à saúde. O vídeo poderá auxiliar a interação do enfermeiro com os clientes, favorecendo um diálogo reflexivo que colabore para a Promoção da Saúde por meio da prevenção e quebra da cadeia de transmissão. Cabe ressaltar, com efeito, que o processo de Educação em Saúde, visando à Promoção da Saúde, deve incorporar saberes interdisciplinares e a cultura, com vistas à consideração de desejos, crenças e valores (FARIAS; BARROSO, 2003).

Considerando a Promoção da Saúde como novo paradigma para o cuidado em DST/HIV/aids, subentende-se que a realização de uma pesquisa que envolva a comunicação profissional de saúde-cliente e a valorização da visão de mundo da própria população vai ao encontro dos princípios de integralidade e participação popular enfatizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre isso, é importante ressaltar que as ações educativas visando à Promoção da Saúde devem focalizar a responsabilidade coletiva por meio do incentivo e valorização de ações fundamentadas nos princípios do SUS (CATRIB *et al.*, 2003).

A formação teórica de conceitos e a aplicação destes na prática profissional devem compor um processo único — no sentido de unicidade — e contínuo (SANTOS, 2000). Ante os problemas de saúde, entre os quais as DST/HIV/aids assumem papel significativo, considera-se como imprescindíveis a responsabilidade social da universidade, a valorização da participação científica das comunidades e nas comunidades, bem como a intervenção da universidade nos problemas sociais. Acredita-se que o desenvolvimento de um vídeo congruente com a cultura como estratégia na prevenção de DST/HIV/aids será relevante para

uma avaliação crítica construtiva e para o fortalecimento das ações de Promoção da Saúde já desenvolvidas.

Ainda no âmbito do estreitamento entre as dicotomias cultura científica (profissional) e cultura popular, educação e trabalho, teoria e prática, enfatizadas pelo autor há pouco como importantes para o fortalecimento da universidade, este estudo defende a ideia de que o desenvolvimento de uma estratégia de Educação em Saúde com suporte nas singularidades da própria comunidade cultural contribui para o compartilhamento de saberes científicos e populares. Esse compartilhamento visa a desenvolver um conhecimento transdisciplinar que possa subsidiar uma prática eficaz.

A investigação acerca do contributo de um vídeo como recurso de comunicação no processo de Educação em Saúde configura-se como elemento importante no contexto da recomendação sobre quatro estratégias de Promoção da Saúde: a elaboração de políticas públicas saudáveis, o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde; principalmente porque, conforme propugnado na Carta de Ottawa, a consideração de elementos subjetivos peculiares da própria comunidade cultural no processo de Promoção da Saúde e tomada de decisão favorece a elaboração de ações educativas eficazes (BRASIL, 2001).

Vislumbrando uma nova saúde pública no século XXI, em concordância com duas das prioridades estabelecidas na Declaração de Jacarta (BRASIL, 2001), ratifica-se a relevância deste estudo, por meio das propostas de promover a responsabilidade social para com a saúde como parte da elaboração de políticas públicas voltadas à prevenção de DST/HIV/aids e aumentar a capacidade comunitária, com base na valorização dos recursos socioculturais da própria comunidade.

2 OBJETIVOS

- Desenvolver um vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.
- Avaliar o conteúdo e os aspectos técnicos do vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.
- Implementar o vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.
- Avaliar o impacto do vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Antes de se iniciar o desenvolvimento da tecnologia educativa pretendida, considera-se oportuno revisar algumas questões inerentes ao objeto deste estudo. O primeiro aspecto investigado foi o significado dos termos “conhecimento”, “atitude” e “prática”. Buscou-se descobrir qual a relação destes conceitos com a prevenção das DST/HIV/aids. Após, segue-se para a investigação de “conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres em relação ao uso da camisinha”, uma vez que se pretendia aproximar os conceitos da realidade. De posse destas informações e tendo em vista a hipótese de que os pressupostos de Leininger (2002) são indispensáveis para o cuidado efetivo na prevenção das DST/HIV/aids, realizou-se uma análise crítica acerca da “Acessibilidade da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural (TDUCC) ao desenvolvimento, implementação e avaliação de uma tecnologia educativa para prevenção das DST/HIV/aids”. Depois de descobrir a relação entre conhecimentos, atitudes e práticas acerca do uso da “camisinha” e de como estes conceitos podem ser utilizados sob a perspectiva da TDUCC para produção de uma tecnologia educativa, partiu-se, finalmente, para a investigação da “Produção brasileira de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids”, no intuito de averiguar o ineditismo desta proposta.

3.1 Conhecimento, atitude e prática: por que utilizar estes conceitos em intervenções direcionadas para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável

Conhecimento, atitude e prática são termos abstratos, de definição difícil, mas que, unidos, mantêm estreita relação com o comportamento humano. Talvez por isso sejam temas tão presentes na Psicologia Social, que estuda as manifestações comportamentais oriundas da interação de uma pessoa com outras ou pela expectativa de tal interação. Para fins de entendimento da aplicabilidade destes termos, todavia, é importante analisá-los inicialmente de forma separada.

O vocábulo conhecimento é rotineiramente utilizado em diversas situações. É considerado objeto de desejo profissional, mas também está presente nos sistemas populares. Quanto mais se vivenciam experiências e se experimenta sensações, mais se conhece. Afinal, porém, qual o conceito de conhecimento? Conhecimento é o mesmo que informação? A aquisição de informação necessariamente leva ao conhecimento?

Quando se faz referência à palavra conhecimento, fala-se de uma abstração interior referente a alguma coisa do mundo real. Correlaciona-se a algo que pode ser descrito com

base na consciência e domínio pessoal sobre o assunto abordado. Na mesma direção, conhecimento constitui um conceito superior a informação, uma vez que, diferente desta, este não pode ser inserido em um computador por meio de uma representação quantitativa, pois assim seria reduzido a uma informação (SETZER, 1999). O conhecimento pode ser definido como a apreensão subjetiva de algo exterior à pessoa, o que significa também que ele pode ser aprendido.

Parafraseando Aristóteles, Zilles (2005) assegura que todo ser humano tem a intenção de conhecer. O termo conhecimento, tão discutido na filosofia de Aristóteles, atualmente não é objeto de estudo só desta, mas sobretudo das ciências que almejam se aprofundar no estudo do comportamento humano, no que as pessoas referem conhecer, na origem deste conhecimento, e em como este interfere nas práticas cotidianas. Assim, todo conhecimento, seja empírico ou não empírico, consiste em dizer “algo sobre algo” ou “algo de algo”, e este dizer, por mais que pareça algo contingente, possui um quê de subjetividade, uma vez que vem da elaboração de elementos do pensamento e da habilidade de aplicá-los para resolução de problemas (ZILLES, 2005; MARINHO *et al.*, 2003).

No âmbito das DST/HIV/aids, o conhecimento é algo que não deve ser mensurado de forma quantitativa, pois nesse caso seria reduzido a uma informação. Sua análise pode ter como norte a livre expressão a respeito do que se sabe acerca daquelas doenças. A abertura para falar livremente evita direcionamento para questões pré-formuladas e permite o desvelamento de crenças, mitos e tabus, elementos culturais diretamente relacionados com outro termo desta análise — a atitude.

A atitude é um dos conceitos fundamentais da Psicologia Social, correspondendo a uma maneira sistematizada de pensar e sentir em relação às questões que, por sua vez, são do domínio do conhecimento. O âmbito da atitude envolve variáveis presentes desde o início da estimulação sensorial, mas se restringe ao domínio da consciência. A atitude pode ser desenvolvida não só por conta de uma interação de duas pessoas, mas também pela simples previsão desta interação. O ser humano se orienta pelos instintos na sua conduta, em relação ao mundo exterior (ZILLES, 2005).

A atitude consiste basicamente na elaboração de opiniões. Marinho *et al.* (2003) explicam que a atitude é direcionada por sentimentos, predisposições, crenças e outros elementos pertencentes ao domínio afetivo. Neste domínio, muitas variáveis podem exercer influência. Álvaro e Garrido (2003) explicam que a atitude pode ser influenciada por diferentes variáveis. No âmbito das atitudes em relação às DST/HIV/aids, pode-se destacar os

elementos que estimulam os órgãos sensoriais, as experiências prévias e situações que predisõem ao condicionamento.

Os órgãos sensoriais são estimulados a selecionar o que se considera adequado e o que se acha inadequado. Quando uma mulher se relaciona sem uso da “camisinha” com um parceiro estável, por exemplo, ela está “fechando os olhos” para o risco deste parceiro haver se relacionado com outra pessoa e ter se contaminado com alguma DST. Isto acontece porque a crença na fidelidade do parceiro faz com que a atitude da mulher seja favorável à relação sexual sem proteção, uma vez que ela não encontra justificativa para considerar inadequada sua atitude. Por outro lado, as relações sexuais com parceiros eventuais costumam provocar atitude favorável ao uso da camisinha, pois não se tem conhecimento acerca da confiabilidade da parceria sexual.

Experiências vivenciadas também facilitam a estimulação sensorial e o desenvolvimento de atitude. Assim, estímulos conhecidos são mais fáceis de perceber. Quanto maior a aproximação com a realidade, melhor será a comunicação. Este fato é importante como pressuposto na elaboração de intervenções que tenham como intuito o esclarecimento de questões e o convencimento, sendo um argumento bastante utilizado na elaboração de propagandas comerciais. Se se utilizar, em uma campanha educativa direcionada para mulheres nordestinas, linguagem própria destas e elementos de sua cultura, maior será a aproximação com a realidade, mais efetiva será a comunicação e maiores serão as chances de que elas tomem consciência do assunto abordado.

Além da estimulação sensorial e da vivência de experiências prévias, certas situações condicionam o organismo a emitir sempre a mesma resposta. Em uma perspectiva pessimista, uma mulher que utiliza a “camisinha” no início de uma relação amorosa pode abandonar o uso quando enxerga no parceiro indícios de que ele é confiável e saudável. Enquanto esta atitude estiver “dando certo”, ou seja, ao passo que a mulher não estiver sendo contaminada, ela pode ser condicionada a repetir a prática com os diferentes parceiros que vier a ter; sempre com o mesmo condicionamento: uso da camisinha até quando a relação permanecer instável; depois que houver a transição para relacionamento estável, abandono da “camisinha”.

Algumas condições contemporâneas também podem interferir na resposta sensorial aos estímulos. Entre essas condições, pode-se mencionar a pobreza, falta de acesso a informações, medo do abandono e submissão da mulher à figura masculina. Neste caso, por exemplo, a mulher pode pensar a respeito da importância do uso da “camisinha” em todas as relações sexuais, mas a ineficiência durante a negociação do uso da “camisinha” com o parceiro pode favorecer a prática de uma relação sexual insegura.

Estes fatores, apesar de exercerem grande influência no desenvolvimento da atitude, não são imutáveis. Assim como a cultura, a tomada de atitude também é um fenômeno dinâmico. O acesso a uma nova informação ou uma nova experiência pode provocar um movimento em busca da mudança de atitude por meio do esclarecimento de crenças e mudança de valores, quando se levantam questões da consciência (STEPKE, 2006; GADAMER, 2006; JONAS, 1994). Para isso, é necessário que a atitude desejada seja provocada por incentivos que promovam reflexão sobre os benefícios da mudança de atitude.

A prática é a realização de algo concretamente, é a materialização de uma atitude que, por sua vez, foi desenvolvida com base nos conhecimentos adquiridos por meio da interação das informações recebidas e valores culturais (STEPKE, 2006). Na realidade, a prática não pode ser dissociada do conhecimento e da atitude, pois é um produto destes. A formação da atitude sucede pela visualização da prática, e esta acontece com base em uma atitude previamente formulada. Daí a importância dos primeiros termos, conhecimento e atitude, que muitas vezes são esquecidos em iniciativas educativas.

No caso específico da prevenção das DST/HIV/aids, a tentativa de “persuadir” por meio da simples transmissão de informações vagas por vezes não enseja conhecimento. Outra questão a ser observada também é a ineficiência das tentativas de mudança de atitude sem a utilização das variáveis retrocitadas como recursos para convencer sobre a recompensa de se utilizar a “camisinha”. O *slogan* “Use camisinha!” é um exemplo da ausência de elementos capazes de convencer usuárias que estabelecem união estável a adotar a camisinha nas relações sexuais com seu companheiro, afinal, elas podem questionar: por que devo utilizar camisinha, já que eu e meu parceiro somos aparentemente saudáveis e não estabelecemos relação sexual extraconjugal? Nesse momento, dilemas podem ser evidenciados, mas não são esclarecidos, pois a mensagem educativa se resume à informação “Use camisinha!”. Stepke (2006) ilustra bem esse raciocínio por meio da seguinte afirmação sobre o entendimento do comportamento sexual:

[...] não deveria consistir em repetir dogmas, vocalizar desejos ou impor critérios. Entender o comportamento é interpretá-lo numa trama de ficções úteis, como sempre são as idéias da ciência. Ou seja: explorar mais alternativas além das aparentes. (P. 90)

As práticas de saúde culturalmente determinadas podem ser reestruturadas com base na promoção do pensamento acerca de modos de vida favoráveis à saúde, isso com origem na utilização de tecnologias criativas e eficazes que informem não apenas o que deve ser feito,

mas que também contenham argumentos sobre o porquê da escolha de determinada atitude e a recompensa pela adoção da prática mais favorável à saúde.

3.2 Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres em relação ao uso da “camisinha”

Ante a importância dos conceitos de conhecimento, atitude e prática, procurou-se analisá-los no âmbito do uso da “camisinha” por mulheres. Para isso, investigou-se o que se pesquisou sobre a temática, em que contextos essas pesquisas são realizadas e qual o enfoque abordado. Procurou-se saber, ainda, o que os resultados dessas investigações revelam a respeito do que as mulheres sabem (conhecimento), pensam (atitude) e praticam acerca do uso da “camisinha” na Promoção da Saúde, destacando entre estes achados os elementos facilitadores e os obstáculos em relação ao uso da “camisinha”.

A revisão bibliográfica acerca dos estudos realizados sobre a temática retrocitada foi fundamentada em artigos indexados nas bases de dados informatizadas: *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Para seleção da amostra, definiu-se os seguintes critérios de inclusão: artigos em Português, Inglês ou Espanhol com resumos disponíveis nas bases de dados retrocitadas; artigos indexados pelos seguintes descritores das ciências da saúde — conhecimentos, atitudes e prática em saúde/preservativos/ saúde da mulher; artigos originais, ou seja, que relatem pesquisa baseada numa investigação em campo; artigos que abordem o tema “camisinha” no contexto das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e artigos publicados entre 2004 e 2008. A pesquisa nas bases de dados foi realizada no dia 18 de novembro de 2008.

Na busca na base de dados SciELO, foram encontrados 30 artigos com as expressões conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Ao acrescentar o vocábulo “camisinha”, não houve ocorrência de artigos.

A pesquisa na base de dados Lilacs identificou 1575 artigos com as palavras conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Com o acréscimo da unidade de ideia “camisinha” foram apresentados 40 artigos. Acrescentando a dicção saúde da mulher, não houve ocorrência de artigos com os três termos.

Na base de dados BDENF, foram localizados 76 artigos com as expressões conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Ao acrescentar o termo “camisinhas”, não foi identificado qualquer artigo.

A busca na base de dados Medline revelou 32.291 artigos com os termos conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Com este vocábulo e “camisinhas” foram encontrados 891 artigos. Acrescentando saúde da mulher como terceira palavra, foram encontrados 42 artigos. Destes, 22 foram publicados entre 2004 e 2008.

Dos 22 artigos selecionados foram descartados três, apesar de possuírem a idéia “camisinha”, não abordavam o tema; dois que não utilizaram critério metodológico; um artigo que não tratou do uso da “camisinha” no contexto das DST; e um artigo reflexivo, que não consiste em um relato de pesquisa.

Considerando as pesquisas nas bases de dados e tomando em conta os critérios de inclusão, foram examinados 15 artigos extraídos da base de dados Medline, sendo todos de origem estrangeira e redigidos em Inglês.

A coleta de dados seguiu um roteiro semiestruturado, com vistas a levantar as seguintes variáveis: ano de publicação, objeto de estudo e elementos facilitadores e obstáculos ao desenvolvimento de habilidades pessoais.

Os dados foram submetidos à leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, por meio da qual os textos foram agrupados e submetidos à análise (MINAYO, 1996).

Os estudos encontrados foram caracterizados segundo o ano de publicação, objeto de estudo e elementos facilitadores, bem como obstáculos ao desenvolvimento de habilidades.

O quadro a seguir mostra os artigos selecionados e as respectivas variáveis analisadas.

Quadro 1 – Identificação dos artigos, segundo ano de publicação, objeto de estudo, e elementos facilitadores e obstáculos ao desenvolvimento de habilidades.

Artigo	Ano/pub	Objeto de estudo	Facilitadores e obstáculos ao desenvolvimento de habilidades pessoais em relação ao uso da “camisinha”
Von Sadovszky <i>et al.</i> (2008)	2008	Facilitadores e obstáculos relacionados ao uso da “camisinha” entre mulheres.	Paz de espírito, proteção e a facilidade contribuíram. Razões para não uso: irritação/inflamação, ruptura e ajuste.

Artigo	Ano/pub	Objeto de estudo	Facilitadores e obstáculos ao desenvolvimento de habilidades pessoais em relação ao uso da “camisinha”
Crosby <i>et al.</i> (2008)	2008	Influência do parceiro no uso da “camisinha”.	Domínio masculino e temor em negociar o uso da “camisinha”.
Stark e Hope (2007)	2007	Conhecimento de mulheres indígenas sobre DST e “camisinha”.	Conhecimento insuficiente sobre DST, acesso limitado e baixo uso de “camisinhas”.
Brown, Smith, e Hill (2007)	2007	Influência social no comportamento de risco para DST em mulheres africanas.	Uso da “camisinha” com parceiros ocasionais e como contraceptivo.
Brown <i>et al.</i> (2007)	2007	Prática de uso da “camisinha”.	As mulheres que relataram uso da “camisinha” eram mais latino-americanas, de 30 a 34 anos, residentes no nordeste dos EUA.
Raiford, Wingood e DiClemente (2007)	2007	Uso consistente da “camisinha” entre as mulheres do Continente Americano/Africano portadoras do HIV.	Maior uso da “camisinha” com parceiro HIV-negativo e quando não havia barreiras de acesso à “camisinha”.
MacPhail <i>et al.</i> (2007)	2007	Comportamento sexual de jovens de 15 a 24 anos, na África do Sul.	52.2% de relatos de uso da “camisinha” entre jovens africanas de 15 a 24 anos de idade.
Moreno, El-Bassel e Morrill (2007)	2007	Risco sexual para o HIV entre latinas e africanas americanas que possuem parceiro fixo.	Mulheres americanas africanas relataram maior número de parceiros sexuais, maior número de DST e menor uso da “camisinha”.
Dworkin, Beckford e Ehrhardt (2007)	2007	Iniciação sexual, tomada de decisão e comunicação sobre necessidades sexuais e o uso da “camisinha”.	A estratégia de Educação em Saúde proporcionou aos participantes o deslocamento de uma posição passiva para uma atitude de adesão à “camisinha”.
Sanders <i>et al.</i> (2006)	2006	Correlações das mulheres que usam “camisinha”.	As mulheres que mais usaram “camisinha” eram jovens e com mais parceiros.
Ragsdale, Difranceisco e Pinkerton (2006)	2006	Correlações entre perspectivas de relações sexuais no período de férias, tipo de viagem, comportamentos, obtenção e início do uso da “camisinha” com parceiros sexuais de férias entre mulheres turistas em Costa Rica.	Relações ocasionais geraram risco pela falta da “camisinha” e/ou à inexperiência no uso.

Artigo	Ano/pub	Objeto de estudo	Facilitadores e obstáculos ao desenvolvimento de habilidades pessoais em relação ao uso da “camisinha”
Paranjape <i>et al.</i> (2006)	2006	Predominância e efeito de fatores do relacionamento em práticas de um sexo mais seguro entre mulheres idosas que vivem em uma região elevada da incidência do HIV.	A confiança no parceiro foi associada ao baixo uso da “camisinha”. Acessos à “camisinha” e independência do parceiro foram associados ao sexo seguro.
Ford e Wirawan (2005)	2005	Situação de saúde entre trabalhadores e clientes indonésios do sexo.	Uso da “camisinha” por clientes aumentou de 19% em 1992-93 a 78% em 1999.
Homaifar e Wasik, 2005	2005	Política pública senegalesa para os trabalhadores do sexo.	98% exigem o uso da camisinha. 96% definiram maneiras de contaminação pelo HIV. Verificado comportamento favorável à saúde.

Fonte: elaboração própria, com suporte nos autores revelados nas bases de dados.

Entre os quinze artigos analisados, cinco adotaram como foco a cultura africana (BROWN; SMITH; HILL, 2007; MACPHAIL *et al.*, 2007; HOMAIFAR; WASIK, 2005); um foi realizado no contexto dos Estados Unidos (BROWN *et al.*, 2007); e dois abordaram a cultura afro-americana no contexto dos Estados Unidos (RAIFORD; WINGOOD; DICLEMENTE, 2007; MORENO; EL-BASSEL; MORRILL, 2007). Foram identificados, também, um estudo realizado na Costa Rica (RAGSDALE; DIFRANCEISCO; PINKERTON, 2006); um no Vietnã (ROSENTHAL; OANHA, 2006); e um na Indonésia (FORD; WIRAWAN, 2005). Os demais estudos não especificaram em que contextos culturais realizaram a coleta de dados.

A análise dos artigos revelou concentração das publicações no ano de 2007, em que foram identificadas sete publicações (STARK; HOPE, 2007; BROWN; SMITH; HILL, 2007; BROWN *et al.*, 2007; RAIFORD; WINGOOD; DICLEMENTE, 2007; MACPHAIL *et al.*, 2007; MORENO; EL-BASSEL; MORRILL, 2007; DWORKIN; BECKFORD; EHRHARDT, 2007). No ano de 2006, foram encontrados quatro artigos publicados (SANDERS *et al.*, 2006; RAGSDALE; DIFRANCEISCO; PINKERTON, 2006; ROSENTHAL; OANHA, 2006; PARANJAPE *et al.*, 2006). Nos anos de 2008 e 2005 foram identificadas apenas duas publicações (FORD; WIRAWAN, 2005; HOMAIFAR; WASIK, 2005). Em 2004, não houve publicação de artigos na temática.

Nove artigos focalizaram a análise da atitude e/ou do comportamento em relação ao uso da “camisinha” (VON SADOVSZKY *et al.*, 2008; STARK; HOPE, 2007; BROWN; SMITH; HILL, 2007; RAINFORD; WINGOOD; DICLEMENTE, 2007; MORENO; EL-BASSEL; MORRILL, 2007; DWORKIN; BECKFORD; EHHARDT, 2007; SANDRES *et al.*, 2006; RAGSDALE; DIFRANCEISCO; PINKERTON, 2006; HOMAIFAR; WASIK, 2005). Três avaliaram a influência do companheiro no uso da “camisinha” (CROSBY *et al.*, 2008; ROSENTHAL; OANHA, 2006; PARANJAPE *et al.*, 2006). Os demais estudos foram centralizados na técnica do uso da camisinha, no conhecimento sobre a camisinha na prevenção de DST e na análise de políticas de saúde sobre a temática.

A população estudada foi em sua grande maioria composta por mulheres, sendo que, entre grupos específicos, destacaram-se: dois estudos realizados com profissionais do sexo (ROSENTHAL; OANHA, 2006; FORD; WIRAWAN, 2005); dois estudos desenvolvidos com mulheres adolescentes (MCPHAIL *et al.*, 2007; DWORKING; BECKFORD; EHRHARDT, 2007); um com idosas (PARANJAP *et al.*, 2006); e um com portadoras do HIV (RAIFORD; WINGOOD; DICLEMENTE, 2007). Os demais artigos foram desenvolvidos com mulheres adultas, heterossexuais e sexualmente ativas.

Os resultados dos estudos ressaltam, principalmente, que os obstáculos ao desenvolvimento de habilidades pessoais em relação ao uso da “camisinha” estão mais relacionados a questões de gênero do que à falta de conhecimento. Seis estudos destacaram que a confiança no parceiro fixo contribui para o não-uso da “camisinha”, enquanto, nas relações sexuais ocasionais com parceiros desconhecidos, a taxa de uso da “camisinha” é mais alta (CROSBY *et al.*, 2008; BROWN; SMITH; HILL, 2007; SANDERS *et al.*, 2006; RAGSDALE; DIFRANCEISCO; PINKERTON, 2006; ROSENTHAL; OANHA, 2006; PARANJAPE *et al.*, 2006).

A falta de informação sobre o uso correto da “camisinha” foi relatada em dois estudos (STARK; HOPE, 2007; RAGSDALE; DIFRANCEISCO; PINKERTON, 2006). Um artigo apresentou como motivo para não-adesão a recusa do companheiro (CROSBY *et al.*, 2008).

O acesso à “camisinha” foi relatado, em um dos artigos, como obstáculo para a adesão das mulheres (STARK; HOPE, 2007). Já em outro estudo, foi verificado que as mulheres não usam por conta de problemas na adaptação (inflamação, ruptura e ajuste impróprio) (VON SADOVSZK *et al.*, 2008).

Dois estudos compararam o comportamento sexual de mulheres latinas em relação a brancas e negras, e a africanas (BROWN *et al.* 2007; MORENO; EL-BASSEL; MORRILL, 2007). Nas duas pesquisas, observou-se que as mulheres latinas, comparadas aos outros

grupos, apresentam comportamento sexual mais favorável à saúde, com taxas mais altas de adesão à “camisinha” e com menor índice de DST.

Um estudo que analisou especificamente o comportamento sexual de portadoras do HIV identificou que o desenvolvimento de habilidades pessoais para o uso da “camisinha” foi favorecido em situações em que o parceiro era HIV-negativo, quando não existiam barreiras no acesso a este método e quando as mulheres possuíam conhecimento suficiente sobre sua utilização (RAIFORD; WINGOOD; DICLEMENTE, 2007).

À vista achados, refletiu-se acerca da necessidade de investigação do comportamento de proteção às DST/HIV/aids nas diversas populações e culturas. No panorama atual, verifica-se que estas doenças estão presentes nos mais variados países e comunidades culturais, sendo necessária a realização de estudos em diversas culturas, inclusive no Brasil. Percebe-se, todavia, que as pesquisas ainda focalizam populações dos Estados Unidos e da África. Provavelmente, a intenção de se investigar conhecimento, atitude e práticas destas populações em relação ao uso da camisinha provenha do grande número de pessoas contaminadas pelo HIV nestes países no início da descoberta do vírus, sendo a origem do vírus atribuída a rituais africanos com sangue de macacos contaminados e o surgimento da síndrome em algumas cidades portuárias dos Estados Unidos (UNAIDS, 1999).

É necessário ressaltar que estudos devem ser realizados em outros contextos, visando ao planejamento estratégico de intervenções de Promoção da Saúde sexual e reprodutiva e a avaliação do impacto (avaliação em curto prazo) ou dos resultados (avaliação em longo prazo) destas intervenções. Este tipo de planejamento requer a contribuição de políticas integradas e inclusivas, bem como de estratégias complementares que se congreguem, a fim de que resultados máximos sejam obtidos (NAIDOO; WILLS, 2000).

Sobre a frequência de publicações por ano, observa-se que o número de estudos apresentou crescimento até 2007, concentrando-se neste ano e apresentando decréscimo em 2008. A mudança do paradigma de atenção à doença para Promoção da Saúde parece ter contribuído para o crescimento do interesse em se investigar fatores inerentes ao comportamento de proteção à saúde sexual e reprodutiva. A perspectiva de Promoção da Saúde orienta a capacitação das pessoas, grupos e comunidades em busca de melhores condições de vida (ARÁN, 2006).

A maioria dos estudos analisados focalizou o desenvolvimento de habilidades pessoais em relação à “camisinha” sob a perspectiva da influência do parceiro na adesão. Sobressaiu, pois, a questão de gênero como forte determinante no desenvolvimento da autonomia, da consciência da mulher acerca do poder que possui na promoção da própria saúde sexual, bem

como da saúde sexual do parceiro. A negociação do uso da “camisinha” entre a mulher e seu parceiro ainda é apresentada como uma habilidade pessoal complexa, que necessita de uma estratégia de Educação em Saúde culturalmente direcionada. Autores garantem que as conquistas femininas na sociedade ainda contrastam com a inabilidade da mulher na negociação do uso da “camisinha” com seu parceiro (ARÁN, 2006; VILLELA, 2005; SOUSA, 2007). Essa realidade parece ser comum nos contextos culturais analisados, devendo ser valorizada no planejamento de programas de Promoção da Saúde (TANNAHILL, 1990).

Em relação às populações estudadas, viu-se que os estudos abrangeram grupos diversos de mulheres, ajustados à nova perspectiva de abordagem na prevenção de DST, a qual ressalta a relevância da vulnerabilidade em detrimento dos ainda valorizados grupos de risco. A literatura alerta para o perigo da consideração de grupos de risco, porquanto pessoas que não se consideram vulneráveis podem contrair DST (PINHEIRO, 2005; PASSOS, 2005).

Foram encontradas relações entre o domínio masculino/confiança no parceiro fixo e a não-adesão da mulher à “camisinha”, assim como entre a falta de conhecimento e o uso incorreto. A falta de conhecimento sobre o longo período de latência de algumas DST, aliada à submissão sexual da mulher em relação ao companheiro, contribuem para a prática do sexo inseguro. E quando a mulher adquire a consciência sobre o cuidado com seu corpo, pode se deparar com o conhecimento insuficiente sobre o uso correto. Sobre isso, a literatura aponta que uma das principais razões para a não-adesão à camisinha reside na ineficiência feminina na negociação com o parceiro, principalmente quando este compartilha com ela um relacionamento estável (ALVES, 2004; SOUSA, 2007; COSTA; CARBONE, 2004; REIS; GIR, 2005). A situação se agrava quando a mulher não se apodera do conhecimento sobre a finalidade e o uso correto do método. Essa falta de conhecimento resulta, muitas vezes, da ausência do diálogo sobre o tema (PASSOS, 2005).

Outros achados ressaltam barreiras no acesso à camisinha e problemas na adaptação como empecilhos para a adesão. A habilidade pessoal em relação à prática do uso, além de depender disponibilidade nos serviços de saúde e da orientação de profissionais de saúde, encontra dificuldade na adaptação dos próprios casais, que frequentemente relatam barreiras de cunho cultural e emocional que os impedem de praticar o sexo seguro (com uso da “camisinha”) (REIS; GIR, 2005). Então, as intervenções em Educação em Saúde devem considerar, no contexto da vulnerabilidade, os âmbitos social, emocional e cultural.

O desenvolvimento de habilidades pessoais para uso da camisinha foi favorecido em situações em que a mulher não possuía parceiro fixo, detinha conhecimento sobre o uso correto e dispunha de livre acesso aos serviços de saúde. O grupo de mulheres que se destacou

foi o de profissionais de sexo, que demonstraram relativa consciência sobre a importância da camisinha para promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Ratifica-se, por conseguinte, a necessidade e a importância de estudos que sejam realizados no contexto brasileiro, a fim de subsidiar a planejamento de tecnologias de Educação em Saúde para o desenvolvimento de habilidades pessoais quanto ao uso da camisinha com base na abordagem dos elementos conhecimento, atitude e prática. É importante destacar, também, a ausência de estudos que avaliam a recepção de imagens produzidas em vídeo, sobretudo enfocando a relação entre o contexto cultural e o desenvolvimento de habilidades pessoais de mulheres. Assim, a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural, de Leininger (1991), pode constituir suporte para o desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de tecnologias educativas eficazes no âmbito preventivo, uma vez que se fundamenta na valorização dos elementos culturais

3.3 Acessibilidade da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural ao desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma tecnologia educativa para prevenção das DST/HIV/aids ¹

Teorias são fundamentações elaboradas com base em uma visão ampla e complexa da realidade. Na Enfermagem, por exemplo, as teorias consistem em importantes guias para uma assistência fundamentada nas relações entre a pessoa seu contexto de saúde-enfermidade-cuidado (CHINN; KRAMER, 1995).

Considerando o cuidado de enfermagem no âmbito das doenças sexualmente transmissíveis (DST), destacam-se elementos que necessitam ser norteados por uma base para a prática de enfermagem, são eles: a prevenção e a vulnerabilidade (PASSOS, 2005). Estes envolvem, sobremaneira, aspectos subjetivos que precisam ser considerados com esteio em um eixo teórico que ofereça suporte ao enfermeiro no desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções eficazes.

Diversas teorias abordam a subjetividade humana como ponto de partida para a elaboração de intervenções, considerando, inclusive, conhecimentos, atitudes e práticas. É necessário ressaltar, todavia, que nem todas se apresentam acessíveis à dimensão “prevenção” no cuidado de enfermagem em DST/HIV/aids. Algumas teorias podem possuir conceitos tão

¹ Reflexão fundamentada no artigo: SOUSA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; PAGLIUCA, L. M. F. Da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 321-325, jul./set. 2009.

restritos a uma intervenção que enfatizam apenas a dimensão técnico-assistencial; outras podem envolver conceitos tão amplos que se tornam inacessíveis à condução de intervenções preventivas objetivas e eficazes.

Tomando por base a análise cultural e o cuidado congruente com a cultura como eixo teórico na elaboração de uma intervenção no contexto das DST/HIV/aids, decidiu-se realizar uma análise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 2002). Cabe aqui ressaltar, mais uma vez, que esta tese constitui a continuação de um estudo anterior, desenvolvido como dissertação de mestrado, em que realizara a investigação e o diagnóstico cultural de mulheres portadoras de DST que estabeleciam união estável. No intuito de continuar a pesquisa no contexto do processo de enfermagem, almejando realizar o planejamento, implementação e avaliação do impacto de uma intervenção educativa, no caso, o desenvolvimento de um vídeo como recurso de comunicação no processo de Educação em Saúde, atentou-se para a importância de se obter resposta à seguinte indagação: *A teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural é acessível ao desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma tecnologia educativa para prevenção de DST/HIV/aids?*

Para análise da acessibilidade da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural à prática de prevenção de DST/HIV/aids, empregou-se um Modelo de Análise Crítica da Teoria (CHINN; KRAMER, 1995).

O modelo retrocitado propõe a análise de teorias por meio da “descrição” de componentes da teoria e/ou “reflexão crítica” acerca desses componentes. A análise descritiva refere-se aos seguintes componentes da teoria: propósito, conceito, definições, relações, estrutura e suposições. A reflexão crítica consiste em analisar estes componentes com base nos seguintes aspectos: clareza, simplicidade, generalização, *acessibilidade* e importância. A acessibilidade relaciona-se à medida pela qual indicadores empíricos podem ser identificados e se os resultados projetados de uma teoria são atingíveis, ou seja, se é viável utilizar a teoria. Está ligada à testagem e à utilização fundamental de uma teoria na prática da clínica (CHINN; KRAMER, 1995).

O modelo de análise de teorias utilizado aponta seis questionamentos que servem de guia para o pesquisador na análise da acessibilidade de uma teoria. Tomando por base o intuito de elaborar uma intervenção na prevenção de DST/HIV/aids, foi selecionada a seguinte pergunta, que apresentava aproximação com o objetivo desta pesquisa: *Os indicadores empíricos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural são identificados na prevenção de DST/HIV/aids?*

Para o alcance do objetivo deste estudo, foram selecionados três indicadores empíricos da teoria, os quais foram correlacionados aos resultados da pesquisa realizada como dissertação de mestrado, intitulada: “DST no âmbito da relação estável: análise com base na perspectiva da mulher” (SOUSA, 2007). A análise deste estudo teve como intuito refletir criticamente sobre a acessibilidade da teoria antes de utilizar seus achados em uma nova pesquisa no contexto do cuidado na prevenção de DST/HIV/aids. Portanto, buscou-se revisitar a dissertação selecionada, a fim de que sejam identificadas as limitações ou espaços despercebidos que precisam ser mais bem estudados.

Para a análise da teoria, foram consultadas as seguintes fontes: “Culture care diversity and universality: a theory of nursing” (LEININGER, 1991) e “Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice” (LEININGER, 2002). Estas publicações abordam as fundamentações e experiências da Teórica na elaboração da teoria, bem como os elementos e modelos que servem de suporte para a elaboração de um cuidado congruente com a cultura, que é o propósito central da teoria.

Após leitura do referencial sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, revisitou-se o estudo selecionado para esta reflexão crítica. Seguiu-se para análise sobre a correspondência entre os indicadores empíricos e os resultados do estudo retrocitado e, posteriormente, para a reflexão crítica a respeito da acessibilidade da teoria à elaboração de intervenções no âmbito da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Assim, apresentar-se-á, inicialmente, um breve resumo do estudo analisado e, após, a identificação dos indicadores empíricos da teoria no contexto da prevenção de DST/HIV/aids.

3.3.1 Breve resumo do estudo selecionado: “DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher” (SOUSA, 2007)

O objetivo geral da pesquisa foi investigar a contaminação por DST no âmbito da relação estável, e os objetivos específicos foram identificar fatores culturais que possam favorecer o risco de DST em casais e analisar as significações da contaminação por DST para o casal.

Partiu-se da hipótese de que crenças e mitos que se inserem na desconsideração do risco ocasionaram inversão no número de casos de DST em mulheres casadas ou em união estável. O problema da pesquisa foi expresso na pergunta: no âmbito de uma relação estável, como ocorrem a contaminação por DST e a repercussão do diagnóstico?

Como metodologia, adotou-se a abordagem etnográfica, com suporte na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Desenvolveu-se o estudo no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) e no contexto familiar de sete mulheres, na cidade de Fortaleza – CE, durante nove meses.

Como resultados, foi possível identificar a interação de informações sobre DST/HIV/aids nos sistemas de saúde profissionais e populares, de modo que as lacunas em relação ao conhecimento e conscientização sobre o risco parecem emergir do entrelace de questões culturais e de gênero, enraizadas, transmitidas e compartilhadas dentro da sociedade. Assim, baseados nas informações sobre DST/HIV/aids produzidas em seu contexto cultural, homens e mulheres desenvolveram percepções errôneas sobre risco de DST/HIV/aids e, com falso suporte nesse modo de pensamento, adotaram comportamentos sexuais que favoreceram a contaminação.

Concluiu-se que, com esteio em estratégias de Educação em Saúde culturalmente direcionadas, poderão ser alcançados resultados de impacto positivo na assimilação do risco e quebra da cadeia de transmissão de DST/HIV/aids.

3.3.2 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e a identificação de seus indicadores empíricos na elaboração de uma intervenção na prevenção de DST/HIV/aids

A análise da acessibilidade da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural ao desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem deve ser pensada em termos de situações específicas, pois, mesmo inserindo-se no âmbito da Enfermagem, é importante verificar de que forma este conceito pode ser aplicado na prática e como ele está relacionado às ações de enfermagem nos diversos campos de atuação.

A análise da acessibilidade no contexto da prevenção de DST/HIV/aids empregou a pergunta: *Os indicadores empíricos do conceito de Cuidado Cultural Congruente são identificados na prevenção de DST/HIV/aids?*

A acessibilidade de uma teoria ou de um conceito relaciona-se à identificação de indicadores empíricos com uma situação específica e se é realmente viável utilizar a teoria e seu conceito central em uma prática clínica (CHINN; KRAMER, 1995). No contexto de uma teoria, indicadores empíricos consistem em denotações, orientações que provêm das perspectivas da Teórica, de sua visão de mundo.

Revisitando a definição de Cuidado Cultural Congruente no contexto da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, foram identificados importantes

indicadores empíricos (LEININGER, 1991). Entre eles, foram selecionados três que se destacam pela aproximação com o conceito de Cuidado Cultural Congruente, que consiste no foco desta tese. Estes foram relacionados ao estudo analisado, a fim de que sejam identificadas as correlações. Para tanto, elaborou-se um quadro comparativo, descrito a seguir.

Quadro 2 – Correlação entre indicadores empíricos e resultados obtidos na pesquisa.

Indicadores empíricos	Resultados do estudo analisado
<p>O cuidado de enfermagem culturalmente congruente pode ocorrer somente quando valores, expressões e padrões do cuidado cultural do indivíduo, grupo, família e/ou comunidade são conhecidos e utilizados por enfermeiras na abordagem ao cliente (LEININGER, 1991).</p>	<p>“A prevenção de DST/HIV/aids na cultura pesquisada acontece de acordo com a forma como as entrevistadas acreditam que podem ser contaminadas.” (SOUSA, 2007).</p> <p>“Outro fato interessante envolvendo a influência da etno-história na repercussão do diagnóstico e na visão de mundo que as mulheres têm sobre sua contaminação reside na interpretação de que as DST/HIV/aids são doenças imundas, de pessoas que não possuem higiene, envolvidas com pessoas promíscuas, ou até mesmo causadas por germes que se desenvolvem em razão da falta de higiene da mulher.” (SOUSA, 2007).</p>
<p>Cuidado cultural, valores, crenças e práticas são formados e frequentemente incorporados ao contexto de visão de mundo, linguagem, religião, fatores sociais, políticos, educação, economia, tecnologia, etno-história e ambiental da cultura (LEININGER, 1991).</p>	<p>“[...] utilizamos o modelo <i>Sunrise</i>. Por meio deste, foi possível situar fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, legais e políticos, econômicos e educacionais, todos inseridos no âmbito investigado, influenciando padrões de cuidados”. (SOUSA, 2007).</p> <p>“Por meio da identificação dos fatores culturais [...] com base no modelo <i>Sunrise</i>, foi possível estabelecer um diálogo produtivo...” (SOUSA, 2007).</p>

Indicadores empíricos	Resultados do estudo analisado
O Cuidado Cultural Congruente consiste no propósito da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e constituem ações ou decisões assistenciais capacitadoras elaboradas para se ajustarem aos valores e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, visando a proporcionar ou apoiar um atendimento de saúde satisfatório, evitando choque cultural entre profissional de saúde e cliente (LEININGER, 1991).	A pesquisa realizada lançou bases para a elaboração de estratégias de Educação em Saúde congruentes com a cultura das entrevistadas. Vislumbra-se a implementação de uma proposta de cuidado cultural congruente com maior probabilidade de obter êxito na prevenção de DST/HIV/aids em mulheres casadas ou em união estável (SOUSA, 2007).

Fonte: elaboração própria.

A prevenção de DST/HIV/aids é uma atividade na qual a enfermagem exerce papel fundamental, principalmente em ações de Educação em Saúde, visando a promover a conscientização dos indivíduos a respeito dos riscos de relações sexuais sem o uso da camisinha. Nesse contexto, verifica-se, pois, a importância da abordagem do comportamento humano, no qual prevalecem elementos subjetivos que determinam conhecimentos, atitudes e práticas. Perceber-se ou não como vulnerável à contaminação por DST/HIV/aids pode ser um fator significativo para uma prática sexual que busque a prevenção destas doenças.

A relevância da cultura no contexto do cuidado de enfermagem é defendida na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, quando a Teórica demonstra que um cuidado de enfermagem culturalmente congruente tem maior possibilidade de obter êxito. Por conta disso, o conhecimento da cultura do indivíduo, grupo ou família é incentivado na teoria por meio do indicador empírico que descreve que o cuidado de enfermagem culturalmente congruente pode ocorrer somente quando valores, expressões e padrões do cuidado cultural do indivíduo, grupo, família e/ou comunidade são conhecidos e utilizados por enfermeiras na abordagem ao cliente (LEININGER, 1991).

A consideração deste indicador empírico no relato de pesquisa analisado contribui para a elaboração de intervenções educativas preventivas. É importante ressaltar, todavia, que, apesar de o estudo ter sido realizado em uma realidade cultural específica, seus resultados

podem ser utilizados em contextos semelhantes, tendo em vista o caráter da universalidade do cuidado cultural. Essa característica pode ser identificada também em outros estudos, realizados com populações semelhantes, e que verificaram as mesmas crenças e mitos sobre formas de contrair DST/HIV/aids (PINHEIRO, 2005; VILLELA, 2005; BESERRA, 2007).

No processo de Educação em Saúde em DST/HIV/aids, é importante que o profissional de saúde e o paciente estabeleçam um diálogo efetivo no sentido de compartilhar conhecimentos, crenças, valores e comportamentos de saúde, e de facilitar a tomada de decisões conscientes sobre risco e vulnerabilidade (NADAL; MANZIONE, 2003). Esse compartilhamento de saberes profissionais e populares é favorecido quando o enfermeiro identifica fatores culturais determinantes no risco para contaminação por DST/HIV/aids e o significado destes fatores no contexto sócio-cultural do indivíduo. Na teoria, esse pensamento é representado pelo indicador empírico que descreve a relação entre o padrão de cuidado e a visão de mundo, linguagem, religião, fatores sociais, políticos, educação, economia, tecnologia, etno-história e ambiente da cultura (LEININGER, 1991).

Para investigar estes fatores, o estudo analisado foi embasado no modelo *Sunrise*, que consiste em um guia cognitivo para pesquisar um fenômeno cultural sob a perspectiva holística. Todas as dimensões e componentes do modelo convergem para o cuidado culturalmente baseado (LEININGER, 2002).

Aplicando as diretrizes do modelo *Sunrise* no contexto das entrevistadas, destacaram-se, entre os principais elementos influentes da contaminação ao pós-diagnóstico, fatores como: informações sobre DST/HIV/aids transmitidas em linguagem inacessível culturalmente (fator educacional); morte social e afetiva da mulher após o diagnóstico (fator filosófico); interesse por tecnologias que facilitem a aquisição de informações sobre doenças (fatores tecnológicos); culpabilização da mulher como responsável pela DST/HIV/aids (companheirismo e fatores social); cultivo de crenças e tabus sobre DST/HIV/aids que interferem negativamente no cuidado preventivo (fatores culturais); relação — no imaginário popular — entre DST/HIV/aids e pobreza (fator econômico); e insuficiência de políticas públicas culturalmente direcionadas (fatores políticos).

A identificação destes fatores contribuiu para o diálogo entre pesquisadora e entrevistadas. Então, se verificou que a barreira cultural entre profissional e paciente pode influenciar sobremodo o acesso a informações e à conscientização. Isso reside no fato de que uma das maiores dificuldades de comunicação em saúde reside na distância cultural e social entre o paciente e a equipe de saúde, sendo necessária a compreensão da herança cultural

deste a fim de que seu comportamento possa ser direcionado para um modo de vida saudável (COSTA; CARBONE, 2004).

Apesar de ter alcançado o âmbito da influência de fatores culturais na contaminação por DST/HIV/aids e de recomendar a interação efetiva entre sistemas de cuidados populares e sistemas de cuidados profissionais como forma de elaborar um cuidado de enfermagem congruente com a cultura, o estudo não abordou a dimensão prática do propósito da teoria: a implementação e a avaliação do Cuidado Cultural Congruente. Em outro estudo, em que se refletiu acerca do modelo *Sunrise*, verificou-se que o intuito da teoria é fazer com que um novo cuidado seja desenvolvido mediante conhecimento das crenças e valores do cliente, e que este cuidado seja disseminado pela sociedade (ORÍÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

O terceiro indicador empírico ressalta que o Cuidado Cultural Congruente é o propósito da teoria e que constitui ações ou decisões assistenciais apoiadoras que devem se ajustar aos valores e modos de vida do indivíduo. Como a pesquisa analisada não objetivou elaborar e avaliar intervenção, não foi possível verificar a efetividade prática da teoria no contexto da prevenção de DST/HIV/aids. Importantes informações, contudo, obtidas com a investigação poderão servir de subsídio para o desenvolvimento e implementação de ações educativas sobre DST/HIV/aids com mulheres que estabelecem relação estável. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural vai ao encontro de um cuidado de enfermagem que considera os multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado. Seus indicadores empíricos valorizam o conhecimento cultural e o ajuste aos valores e crenças do indivíduo como elemento imprescindível a um cuidado eficaz. Verificou-se que seus indicadores empíricos são acessíveis à investigação de crenças, mitos e tabus que permeiam o contexto da contaminação por DST/HIV/aids e podem embasar a elaboração de intervenções de Educação em Saúde voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres casadas ou em união estável.

A análise do estudo selecionado para esta reflexão crítica revelou a necessidade de que a teoria não se limite à análise de padrões de cuidados culturais, mas se estenda ao planejamento/desenvolvimento, implementação e avaliação de propostas de cuidado fundamentadas nos elementos culturais de indivíduos, grupos e comunidades.

Com base nisso, pretende-se utilizar o conhecimento obtido na dissertação aqui analisada para elaboração de uma proposta de Promoção da Saúde sexual e reprodutiva de mulheres em união estável e, posteriormente, avaliar o impacto desta intervenção.

A proposta inicial para esta tese foi incluir, em um mesmo planejamento de cuidado, elementos informativos, símbolos culturais, linguagem popular condizente com a

comunicação da população investigada, bem como fatores culturais identificados por meio do modelo *Sunrise* que favoreçam a conscientização acerca do poder e das opções que a mulher possui para promover sua saúde sexual e reprodutiva, evitando a contaminação por DST/HIV/aids.

O vídeo educativo surgiu como alternativa ideal aos anseios da pesquisa, uma vez que constitui tecnologia interessante, atraente e eficaz para informar, sensibilizar e promover reflexão (BARBOSA, 2008). Assim, quando se certificou da acessibilidade da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural à prevenção de DST/HIV/aids, especialmente pela oportunidade que esta teoria promove para se identificar elementos culturais que podem subsidiar elaboração de propostas de cuidados de enfermagem, inclusive o desenvolvimento de vídeo educativo culturalmente congruente com a realidade de mulheres em união estável, o passo seguinte foi investigar as características dos vídeos produzidos no Brasil que tratam do tema, no intuito de identificar, principalmente, como, quando e onde eles foram produzidos, bem como que públicos e enfoques temáticos estes vídeos priorizaram.

3.4 Vídeos educativos sobre DST/HIV/aids: o que se produz no Brasil?

Há aproximadamente duas décadas, com o advento da descoberta do HIV, inicialmente nos Estados Unidos e na Europa, diversas entidades e órgãos ligados à saúde despertaram para a necessidade de propagar a aids e informar sobre as formas de prevenção deste síndrome. Os meios de comunicação configuraram instrumentos importantes e começaram a ser utilizados para alertar a população sobre a gravidade daquela doença sexualmente transmissível e incurável. Com efeito, os vídeos surgiram como relevantes instrumentos para subsidiar a Educação em Saúde.

A relevância do vídeo como estratégia de Educação em Saúde reside no fato de que nele as imagens, em movimento e associadas a sons, são relacionadas pelo espectador a enunciados culturais, que conferem a essas imagens um sentido simbólico, favorecendo o processo de identificação cultural dos sujeitos nas questões problematizadas no vídeo (BERNADET, 2003; COMPARATO, 2009).

As mensagens contidas nos primeiros vídeos educativos, visando à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), do HIV e da aids possuíam cunho apelativo, enfocando apenas o lado negativo da doença em detrimento de uma abordagem positiva da saúde (BRUNO, 2005; ANDRADE, ALBUQUERQUE e MAIA, 2007). Ao contrário do que preconizam os princípios de Promoção da Saúde, os quais defendem a ideia de que o mais

alto nível de saúde e bem-estar é alcançado quando os indivíduos assimilam e desenvolvem um conceito positivo sobre a saúde, os meios de comunicação do início da década de 1980 adotaram filosofias que mais fortaleciam o preconceito do que informavam e reduziam vulnerabilidades.

O intuito, com mensagens como a retrocitada, era ensejar impacto para a profilaxia da aids. As mensagens, entretanto, originaram uma espécie de *contrapropaganda*. Em vez de reforçar o comportamento de prevenção, o que se percebeu foi uma reação de defesa em relação à própria propaganda. O exagerado apelo à emoção, ao medo, faz com que as pessoas atentassem para a mensagem, mas prejudicando a assimilação dos argumentos racionais (BRUNO, 2005). Assim, as mensagens reforçaram o preconceito e o terror sobre a aids, e deixaram de cumprir seu propósito inicial: atuar nos comportamentos de risco para reduzir vulnerabilidades.

Mesmo com os avanços e esforços no sentido de melhorar a qualidade das mensagens divulgadas nos vídeos educativos sobre DST/HIV/aids, a profilaxia destes agravos ainda parece uma prática difícil. Os comportamentos sexuais passam por períodos de maior e menor risco, mas as DST/HIV/aids não estão sendo controladas e ainda permanecem como importante agravo para a saúde pública.

Considerando o vídeo como importante ferramenta de comunicação entre Sistema de Saúde e usuários, surge o seguinte questionamento: quais as características dos vídeos educativos sobre DST/HIV/aids produzidos no Brasil?

A importância de se caracterizar vídeos educativos sobre DST/HIV/aids reside no fato de que os elementos envolvidos com a produção destes audiovisuais podem influenciar o modo como a informação sobre estes agravos chega às pessoas e direcionar pensamentos, a elaboração de conceitos e, posteriormente, comportamentos de saúde. Esta caracterização forneceu informações importantes para posterior elaboração de audiovisual eficaz, condizentes com as lacunas e com as perspectivas atuais para a prevenção de DST/HIV/aids e Promoção da Saúde sexual e reprodutiva. O objetivo desta investigação consistiu, portanto, em caracterizar a produção brasileira de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids.

Para isso, foi realizado um estudo exploratório, descritivo e documental, fundamentado em informações contidas nos cadastros de vídeos sobre DST/HIV/aids registrados na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde. Essa Fundação é a mais destacada entidade em ciência e tecnologia de saúde da América Latina, tendo como missão combater os grandes problemas de saúde pública brasileira (FIOCRUZ, 2009).

O acervo de audiovisuais sobre DST/HIV/aids da Fiocruz conta com cadastros de vários tipos produção, entre elas, campanhas, vídeos educativos e vinhetas. Os cadastros contêm informações acerca do tempo de duração, ano de produção, tipo de acesso (material de empréstimo e/ou copiagem), código do audiovisual no sistema, responsável pela realização, responsável pela produção, direção, fonte, data de entrada, assunto, idioma, local de produção, informações técnicas (formato de captação e armazenamento de imagem, sistema de cor e formato de cópia), videotecas que disponibilizam a obra e resumo do assunto abordado.

Para seleção dos audiovisuais que compuseram a amostra deste estudo, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: tratar-se de vídeo educativo; possuir dados de identificação do formato de captação de imagem e som (gravação), duração do vídeo, ano de produção, local de produção, público-alvo e enfoque da mensagem; focar a temática DST, HIV e/ou aids; e ter sido produzido no idioma português.

A busca pelo assunto “doenças sexualmente transmissíveis” identificou 167 registros. Destes, um era repetido. Dos 166 restantes, 140 consistiam em vídeos educativos. A análise inicial do cadastro destes vídeos revelou que 101 possuíam dados de identificação completos e enfocavam a temática DST/HIV/aids; sendo que, destes, 91 foram produzidos no idioma português. Restaram analisados, portanto, dados de 91 vídeos.

A recolha dos indicadores seguiu um roteiro semiestruturado, visando a levantar as seguintes variáveis: formato de gravação, duração do vídeo, década de produção, local de produção, público-alvo e enfoque da mensagem.

Os dados coletados foram submetidos a leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, por meio da qual os dados foram agrupados e submetidos à análise (MINAYO, 1996). Os resultados encontrados são apresentados em tabelas, por meio de porcentagem simples e da criação de categorias. Estas foram evidenciadas com base em núcleos temáticos identificados no conteúdo investigado.

A análise dos cadastros dos vídeos fundamentada nas variáveis selecionadas buscou caracterizar: o formato de gravação dos vídeos, no intuito de evidenciar a qualidade e modernidade técnica do material; o tempo de duração das gravações, destacando sua correlação com o tempo ideal para apresentação do conteúdo e assimilação pelo telespectador; as décadas em que as aconteceram maiores e as menores produções de vídeos, bem como quais os eventos históricos sobre DST/HIV/aids a elas relacionados; o envolvimento das regiões e, mais especificamente, dos estados brasileiros no desenvolvimento de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids; os tipos de público para os quais os vídeos produzidos foram

destinados; e o enfoque dos vídeos associado às necessidades da população brasileira no que concerne à prevenção de DST/HIV/aids e Promoção da Saúde sexual e reprodutiva.

Em relação ao formato das cópias dos vídeos cadastrados, verificou-se que 64 vídeos foram gravados na grade VHS, 20 no feitiço BETACAM e apenas sete no perfil DVD.

A duração das gravações variou entre cinco minutos e duas horas, conforme descrito em Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo tempo de gravação. Brasil, 1980-2006.

<i>Tempo de gravação (minutos)</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<10	10	11,0
10-19	32	35,1
20-29	26	28,6
30-39	12	13,2
40-49	4	4,4
50-59	4	4,4
>60	3	3,3
TOTAL	91	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que dez produções possuem tempo de gravação de menos de dez minutos. A maioria, composta por 32 vídeos, possui tempo de gravação entre dez e 19 minutos de duração. Identificou-se o fato de que 26 produções têm duração de 20 a 29 minutos, 12 vídeos duram de 30 a 39 minutos, oito possuem duração de 40 a 59 minutos, e apenas três vídeos duram de 60 a 120 minutos.

Já em relação ao ano de produção dos vídeos, verifica-se concentração da produção na década de 1990, conforme distribuído na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo década de produção. Brasil, 1980-2006.

<i>Década de produção</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
1980	16	17,6
1990	55	60,4
2000	20	22,0
TOTAL	91	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

A década de 1980 conta com a produção de 16 vídeos educativos. A década de 1990 apresenta maior índice de vídeos, com 55 produções. Após o ano 2000 foram desenvolvidos 20 vídeos sobre DST/HIV/AIDS. Não foram encontradas produções anteriores à década de 1980.

A respeito da participação das regiões e estados brasileiros no desenvolvimento de vídeos educativos sobre DST/HIV/aids, verificou-se que a região Sudeste apresenta maior produção.

Tabela 3 – Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo Região. Brasil, 1980-2006.

<i>Procedência</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Sudeste: RJ-43; SP-24; MG-1	68	74,7
Nordeste: PE-8; BA-4; AL-2; CE-1	15	16,5
Sul: PR-2; SC-1; RS-1	4	4,4
Centro-Oeste: DF-1; MG-1	3	3,3
Norte: PA-1	1	1,1
TOTAL	91	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Dos 68 vídeos desenvolvidos na região Sudeste, três estados se destacaram: Rio de Janeiro, com 43 vídeos educativos, seguido de São Paulo, com 24, e Minas Gerais, com uma produção. A região Nordeste apresentou 15 vídeos desenvolvidos, entre os quais oito foram

gravados em Pernambuco, quatro na Bahia, dois em Alagoas e apenas um no Ceará. A região Sul produziu quatro vídeos, dois no Paraná, um em Santa Catarina e um no Rio Grande do Sul. A região Centro-Oeste desenvolveu três vídeos, um no Distrito Federal e um no Mato Grosso. A região que menos apresentou produção de vídeos foi a Norte, com apenas um no Pará.

Os vídeos desenvolvidos tinham como público-alvo a população em geral, mas percebe-se que alguns foram direcionados a grupos específicos, considerados mais vulneráveis por questões culturais, sociais e/ou econômicas.

Tabela 4 – Distribuição dos vídeos sobre DST/HIV/aids, segundo público-alvo. Brasil, 1980-2006.

<i>Público- alvo</i>	<i>Frequencia</i>	<i>%</i>
Público em geral	36	39,6
Profissionais de saúde	18	19,8
Adolescente	12	13,2
Mulher	6	6,5
Portadores do HIV	4	4,4
Casais em união estável	4	4,4
Presidiários	2	2,2
Profissionais da construção civil	2	2,2
Pais-de-santo	1	1,1
Doentes mentais	1	1,1
Gestantes	1	1,1
Profissionais do sexo	1	1,1
Índios	1	1,1
Homossexuais	1	1,1
Parceiros sorodiscordantes	1	1,1
TOTAL	91	100,0

Fonte: dados da Pesquisa.

Das produções analisadas, 36 vídeos apresentavam informações para pessoas de forma generalizada, sem distinção de grupos específicos. Foram identificadas 18 produções destinadas aos profissionais de saúde. No âmbito de usuários dos serviços de saúde, o adolescente foi o grupo mais beneficiado, pois foram desenvolvidos 12 vídeos abordando DST/HIV/aids neste âmbito. A mulher foi evidenciada em seis vídeos. Portadores de HIV foram abordados em quatro vídeos. Casais que estabelecem união estável também foram enfatizados em quatro vídeos. Verificamos que dois vídeos mencionaram presidiários e outros

dois foram direcionados para profissionais da construção civil. Dos restantes, um abordou o contexto de pais-de-santo, um foi direcionado para o público de doentes mentais, um tratou de questões próprias da realidade de gestantes, um foi desenvolvido para profissionais do sexo, um para índios, um para homossexuais e um sobre parceiros sorodiscordantes.

Ao investigar-se a distribuição das temáticas HIV/AIDS e DST, verificou-se que a primeira prevaleceu.

Tabela 5 – Distribuição dos enfoques dos vídeos, segundo temáticas DST e HIV/aids. Brasil, 1980-2006.

<i>Enfoque</i>	<i>HIV/aids</i>	<i>DST</i>	TOTAL	%
Informações técnico-científicas	31	5	36	39,5
Práticas culturais	11	4	15	16,5
Portador de DST/HIV/aids	14	-	14	15,4
Vigilância epidemiológica	11	1	12	13,2
Vulnerabilidade	5	-	5	5,5
Risco no presídio	2	-	2	2,2
Cuidados na gestação	2	-	2	2,2
Homossexualidade	2	-	2	2,2
Prostituição	1	-	1	1,1
Relação entre sorodiscordantes	1	-	1	1,1
Correlação TB-HIV	1	-	1	1,1
TOTAL	81	10	91	100,0

Fonte: dados da Pesquisa.

A temática HIV/aids se fez presente em 81 vídeos. A temática DST foi apresentada em apenas dez produções. O enfoque adotado no contexto das temáticas HIV/aids e DST variou tanto quanto à população-alvo, mas ainda se percebe a prevalência de produções destinadas à informação sobre as doenças em detrimento da abordagem de conceitos positivos sobre saúde sexual e reprodutiva. Assim, ficara identificados 36 vídeos enfocando *informações técnico-científicas* sobre DST/HIV/aids, 15 abordando prevenção de DST/HIV/aids no contexto de *práticas culturais*, 14 produções acerca do questões relacionados ao cotidiano de *portadores do HIV/aids*, 12 sobre *vigilância epidemiológica* e cinco destacando o conceito de *vulnerabilidade*. No âmbito dos grupos específicos, destacaram-se dois vídeos sobre *DST/HIV/aids no presídio*, outros dois tratando da ocorrência da aids na *gestação*, dois ressaltando questões que envolvem *HIV/aids e homossexualidade*, uma produção abordando o

contexto de risco para *profissionais do sexo, uma* acerca da realidade de *casais sorodiscordantes e 1 sobre a relação entre contaminação pelo HIV e desenvolvimento da tuberculose*.

Em razão da complexidade e variedade das práticas culturais enfocadas nos vídeos analisados, cabe aqui explicar quais aspectos culturais foram evidenciados. Dos 15 vídeos que abordaram práticas culturais, quatro discorriam sobre valores e crenças, quatro acerca do diálogo sociofamiliar, dois sobre risco de HIV em rituais religiosos, três a respeito de prevenção em meninos de rua, um no tocante a prevenção em comunidades indígenas e um acerca da transmissão no contexto do baile *funk*.

É importante destacar, em decorrência dos achados, que os recursos para produção de audiovisuais atualmente disponíveis permitem que o telespectador se identifique cada vez mais com o conteúdo abordado, assimilando de forma eficaz as mensagens apresentadas. Os formatos de captação e armazenamento de imagem e som avançaram consideravelmente nos últimos 30 anos, especialmente com a substituição dos primeiros formatos, cuja fita ficava em rolos, pelos tipos de armazenamento em estojos do tipo cassete e, posteriormente, pela troca dos formatos analógicos pelos digitais.

Observou-se, todavia, que a produção brasileira de vídeos sobre DST/HIV/aids é apresentada, essencialmente, no formato VHS. Este fato pode ser justificado pela década em que ocorreu o maior número de produção destes vídeos, a de 1990. Nesta, o formato VHS predominava no mercado. Era um período de transição entre os formatos analógico e digital. O formato Betacam digital foi o segundo mais adotado nas peças investigados. Isso decorre, provavelmente, do caráter educativo das produções, uma vez que o referido formato oferece recursos direcionados a produções profissionais.

Identificaram-se poucos vídeos no formato DVD. Esse achado está associado com a inserção deste no Brasil, que só obteve adesão por volta de 2003. Como a produção analisada é dos anos de 1980 a 2006, compreende-se que, apenas durante os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006, o formato DVD estava disponível de forma consistente no País. Acredita-se que, de acordo com a correspondência identificada entre ano de produção e evolução de formatos de captação de sons e imagens, o formato DVD pode estar sendo adotado em produções contemporâneas ainda não concluídas.

Ainda no contexto das características técnicas dos vídeos brasileiros sobre DST/HIV/aids, verificou-se o predomínio de gravações com duração entre 10 e 19 minutos, seguido pelas gravações que possuem entre 20 e 29 minutos. Este intervalo de tempo foi considerado eficaz para a abordagem de conteúdo educativo e para a assimilação da

mensagem pelos espectadores (BARBOSA, 2008). Intervalos inferiores parecem não permitir a apresentação do conteúdo de forma consistente. Em contrapartida, vídeos com tempo de duração superior a 30 minutos podem promover a dispersão dos espectadores, não contribuindo para o escopo educativo.

Além da identificação das informações técnicas dos vídeos, verificou-se também, em que período houve maior produção, no intuito de se investigar a existência de associação entre desenvolvimento de vídeos e fatos históricos relacionados ao advento das DST/HIV/aids no Brasil e no mundo.

Apesar de o primeiro caso de aids no Brasil datar de 1980 e de a classificação da síndrome ter sido realizada em 1982, durante esta década, havia muitas dúvidas acerca do HIV, dificultando o desenvolvimento de vídeos educativos sobre a temática, uma vez que ainda não era possível oferecer informações sem comprovação técnico-científica, o que só veio a ocorrer no final desta década (BRASIL, 2009b).

Acreditava-se, inicialmente, que o vírus era transmitido por homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroínômanos. Em 1984, foi isolado o retrovírus causador da aids. Em 1985, o primeiro teste anti-HIV foi disponibilizado, assim como foram caracterizados os comportamentos de risco, que vieram a substituir o conceito de grupo de risco. Apenas em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e aids (BRASIL, 2009b).

A consolidação da aids no Brasil e no mundo, no final da década de 1980 e início da década de 1990, parece ter impulsionado a produção de vídeos educativos sobre a temática, os quais foram apresentados inicialmente na década de 1980, ainda de forma limitada, e em grande escala na década de 1990, como resultado das discussões e divulgação de informações ocorridas na década que antecedeu este período.

Notou-se, em contrapartida, a queda na produção de vídeos sobre DST/HIV/aids na década de 2000. O decréscimo na produção de vídeos nesta década coincide com o fato de que, neste período, houve estabilização da transmissão do vírus HIV no Brasil (BRASIL, 2009b). Assim, o problema das DST/HIV/aids abandonou o caráter emergencial assumido nas décadas de 1980 e 1990, não sendo tão evidenciado em vídeos educativos.

Alerta-se, todavia, para a permanente gravidade do problema, uma vez que, mesmo com incidência estabilizada, o número de brasileiros infectados pelo HIV é significativo, chegando a 630 mil (BRASIL, 2009c). Ademais, muitos portadores do vírus ainda não foram diagnosticados, o que promove subnotificação da incidência do vírus.

No combate às DST/HIV/aids, é importante também que organizações governamentais e não governamentais de todo o Território brasileiro estejam engajadas, promovendo a

participação de todas as regiões e estados de modo equânime (SOUSA, 2007). Esse engajamento facilita a visibilidade de questões culturais inseridas nos âmbitos da prevenção dessas doenças, uma vez que são valorizados aspectos específicos de cada realidade regional brasileira.

Os casos de DST/HIV/aids no Brasil estão presentes nas diferentes regiões e estados. Apesar disso, comprova-se participação maciça da região Sudeste na produção de vídeos educativos sobre a temática em relação a outras regiões. Essa realidade pode ser justificada pelo grande número de portadores do HIV que reside nos grandes centros urbanos, sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo (BRASIL, 2008). Outro fator a se considerar é a disponibilidade de aparatos tecnológicos e outros recursos para desenvolvimento de audiovisuais nesta região.

A região Nordeste, contudo, apresenta acelerado crescimento no número de pessoas infectadas (BRASIL, 2008). Isso enfatiza a necessidade de elaboração de vídeos educativos a fim de contribuir para prevenção de DST/HIV/aids. Neste estudo, verificou-se que esta região foi a segunda que mais produziu vídeos educativos sobre DST/HIV/aids; todavia, comparada com a região Sudeste, as produções ainda são incipientes. As demais regiões também precisam se inserir de modo mais efetivo na produção de vídeos educativos direcionados para suas respectivas realidades culturais.

A diversidade cultural presente nas diferentes regiões brasileiras evoca a necessidade de uma abordagem educativa direcionada, no intuito de informar, suscitar reflexão e promover a conscientização acerca das DST/HIV/aids. Essa atitude tem como fim a identificação e a evidência de elementos culturais que possam interferir, de modo específico, no cuidado preventivo em DST/HIV/aids, já que este cuidado é fortemente influenciado por crenças, mitos e tabus que podem ter um caráter universal, mas que carregam consigo aspectos particulares de culturas delimitadas em um espaço geográfico (SOUSA, 2007; PASSOS, 2005).

Outro aspecto cultural interessante no contexto das DST/HIV/aids é a abordagem do público-alvo e sua relação com os já extintos grupos de risco. Com o advento da descoberta do HIV/aids, inicialmente prevalente em homossexuais e profissionais do sexo, os vídeos educativos focalizavam estes grupos (BRUNO, 2005). A desconsideração da vulnerabilidade de pessoas que não se encontravam nos grupos retrocitados ensejou a inversão no número de casos, de modo que heterossexuais passaram também a constituir população de risco (BRASIL, 2008). A feminização da aids, sobretudo em mulheres que estabelecem união

estável, contribui para a valorização do termo vulnerabilidade em detrimento de grupos de risco (SOUSA, 2007).

Atualmente, verifica-se a importância de se desenvolver estratégias educativas, aliadas à mídia, direcionadas para pessoas que não se consideram vulneráveis porque mantêm crenças e mitos que foram estabelecidos no início da descoberta dos primeiros casos de contaminação pelo HIV e que podem influenciar negativamente o comportamento sexual da população brasileira (ANDRADE; ALBUQUERQUE; MAIA, 2007).

Os vídeos produzidos no Brasil são prioritariamente direcionados para o público em geral, não exibindo informações destinadas a grupos específicos; mas ainda se identificam produções que têm como público-alvo homossexuais e profissionais do sexo, considerando que estas pessoas se expõem mais a relações sexuais ocasionais. Estudos realizados com mulheres sexualmente ativas acerca das razões para uso e não-uso da “camisinha” revelam que o risco de contaminação por DST/HIV em relações ocasionais é menor do que entre parceiros fixos, pois, no primeiro caso as pessoas utilizam mais o camisinha (SANDERS *et al.*, 2006; SANTOS, 2009). A confiança no parceiro fixo inibe o uso do “camisinha”, expondo o casal ao risco.

Vale enfatizar a iniciativa de vídeos direcionados para adolescentes, mulheres, pais-de-santo, profissionais da construção civil, índios, presidiários, gestantes e casais em união estável, que consistem tentativas de atingir públicos antes não considerados de risco. Muitos destes, inclusive, se destacam nas estatísticas de DST/HIV/aids (BRASIL, 2008). Observa-se, porém, que essas iniciativas precisam ser reforçadas ante o iminente aumento do número de DST/HIV/aids nestas populações, sobretudo em adolescentes e mulheres que estabelecem união estável.

A valorização da temática HIV/aids em detrimento da temática DST, verificada nos vídeos analisados, também pode constituir herança cultural. As DST são doenças antigas, que estiveram presentes em diversas gerações, sem ocasionar alarde, uma vez que os relatos de mortes decorridas dessas doenças eram escassos (PASSOS, 2005). Já o HIV assumiu caráter amedrontador, por significar, no imaginário popular, uma sentença de morte. Assim, as atenções estiveram sempre voltadas para a contaminação pelo HIV e para os aspectos a ele relacionados.

Cabe ressaltar que as DST podem, muitas vezes, apresentar magnitude similar ao HIV nos aspectos de morbimortalidade. O papilomavírus humano (HPV), por exemplo, apresenta relação direta com o desenvolvimento do câncer de colo de útero e possui poder de transmissibilidade superior ao HIV (PASSOS, 2005). Outros exemplos de DST graves são a

sífilis e a hepatite C, que podem comprometer órgãos vitais, ocasionar debilidades e, inclusive, levar à morte. Além disso, as DST consideradas simples e de fácil tratamento podem servir de porta de entrada para outras mais graves, como para o próprio HIV. Em estudo realizado sobre vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras, foi evidenciado que a contaminação pelo HIV apresenta associação com a ocorrência anterior de DST (SANTOS, 2009).

No contexto dos enfoques adotados nos vídeos investigados, destacou-se o grande número de produções limitadas ao fornecimento de informações técnico-científicas. É importante informar à população sobre prevenção e tratamento do HIV/aids, mas a incorporação de elementos que propiciem a identificação cultural e assimilação do risco é imprescindível em um vídeo que tenha como finalidade a educação. A Educação em Saúde consiste em um processo de interação de pessoas, em que saberes e valores diversos são utilizados no intuito de situar o assunto a ser abordado em um contexto compreensível para os envolvidos no processo, por meio do diálogo e da valorização de singularidades (GATTÁS, 2007; FERRAZ, 2009).

Observa-se, entretanto, que a cultura, mesmo que de forma ainda incipiente, é enfocada em alguns vídeos educativos. As evidências da interferência cultural no comportamento humano alerta para a necessidade de se elaborar estratégias educativas culturalmente congruentes, ou seja, que vão ao encontro das crenças e valores da população, a fim de evitar o choque cultural e promover um diálogo efetivo (LARAIA, 2006). Essas evidências ganham ênfase quando o assunto é saúde sexual e reprodutiva, em que questões diversas complexas relacionadas a valores e visão de mundo se apresentam como peças-chave no processo educativo (SOUSA; BARROSO, 2009; SOUSA *et al.*, 2008; ALVES, 2004; PINHEIRO, 2005).

Em suma, a produção brasileira de vídeos sobre DST/HIV/aids acompanhou as tendências tecnológicas de captação e armazenamento de imagem e som, bem como os principais eventos relacionados às descobertas do HIV e da aids no Brasil e no mundo. Manteve-se concentrada, porém, na região Sudeste, ainda não apresenta direcionamento às especificidades das diferentes populações, supervaloriza o contexto HIV/aids em detrimento de outras DST e apresenta predominância de conteúdos limitados a informações técnico-científicas, desconsiderando aspectos subjetivos que fortemente influenciam o conhecimentos, atitudes e práticas em relação às DST/HIV/aids.

Verifica-se, então, a importância desta tese, que se propõe contribuir, por meio do desenvolvimento de um vídeo direcionado às singularidades regionais de mulheres

nordestinas que estabelecem união estável, abordando, de forma equânime, a temática DST/HIV/aids e enfocando aspectos subjetivos, tais como confiança no parceiro, vulnerabilidade e negociação do uso do “camisinha”, no contexto da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva; isso valorizando crenças, atitudes, comportamentos e autonomia na busca pela saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e técnica de coleta de dados

Trata-se de um estudo de desenvolvimento, definido como uma modalidade de pesquisa que visa à elaboração de estratégias tecnológicas implementadas e avaliadas em ambiente educacional ou assistencial, tendo como objetivo a criação de produtos ou serviços (RODRIGUES, 2007).

Na fase de implementação e avaliação do impacto do vídeo educativo foi utilizada a técnica de grupo focal, que constitui uma estratégia de coleta de informações por meio de interações grupais fundamentadas no diálogo sobre um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Tem como intuito o entendimento de como se formam diferentes atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

O grupo focal utiliza sessões grupais como estratégia para expressão de características psicossociológicas e culturais, referindo-se a uma técnica em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico especial; daí a denominação de grupo *focal*. Consiste em uma valiosa técnica de estudo, por seu baixo custo, rapidez na coleta de dados e oportunidade de obtenção de informações válidas e confiáveis, tendo utilização recente pela área da saúde e ampla aceitação, inclusive, pela área de *marketing*, no contexto da avaliação de produtos e tecnologias (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; IERVOLINO; PELICIONE, 2001). Por essa razão, a técnica de grupo focal é recomendada para estudos de campo, voltados para identificação de pensamentos e sentimentos, e que tensionam avaliar a aplicabilidade de tecnologias, sobretudo sob a perspectiva cultural.

Considerando as características deste estudo em particular, ou seja, a necessidade de se desenvolver, implementar e avaliar do impacto de um produto, no caso, um vídeo educativo sobre DST/HIV/aids, desenvolvido com base em elementos culturais, a técnica de grupo focal foi duplamente relevante. De início, por permitir a interação de participantes e pesquisadora, uma vez que o vídeo deverá dar suporte ao processo educativo (e não ser apresentado como um fim em si mesmo); posteriormente, por possibilitar a discussão em foco, facilitando a obtenção de informações acerca da aplicabilidade do vídeo em estratégias que promovam a aquisição de conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis à prevenção das DST/HIV/aids.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), local onde se efetivaram experiências de ensino, pesquisa e extensão. A seleção deste campo se deu por conta das seguintes características:

- oferece assistência à saúde da mulher no âmbito sexual e reprodutivo, incluindo prevenção e diagnóstico de DST;
- foi o campo de pesquisa utilizado durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado que fundamenta esta tese, quando se pode estabelecer o diagnóstico cultural das mulheres portadoras de DST daquela comunidade e determinar os aspectos que deveriam estar presentes no vídeo educativo, de forma a delinear um cuidado de enfermagem congruente com a cultura;
- há disponibilidade dos profissionais que lá trabalham e acesso de informações aos pesquisadores para desenvolvimento de investigações e atividades de extensão que contribuam para o aprimoramento da prática de enfermagem; e
- parte da perspectiva de que o cuidado acontece efetivamente quando realizado não apenas ao indivíduo, mas também à sua família, valorizando seu problema de saúde e todos os elementos nele envolvidos, tais como a família, o contexto social, a cultura e os sistemas de apoio (COSTA *et al.*, 2005).

O CEDEFAM oferece à comunidade do bairro Planalto do Pici (e adjacências), constituída em sua maioria por pessoas de baixa renda, assistência à saúde por meio de atividades realizadas por profissionais e estudantes da área. Na assistência à saúde da mulher atuam duas enfermeiras (uma atuando no pré-natal e outra na prevenção do câncer de colo de útero e de mama) e uma técnica de enfermagem, além de alunos que cumprem atividades curriculares e extracurriculares. O incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento científico também são pontos fortes da dinâmica do CEDEFAM, uma vez que os profissionais que lá atuam se disponibilizam a contribuir para o crescimento da Enfermagem, bem como para o aprimoramento da assistência do próprio CEDEFAM.

Por conta de seus princípios centrados na família, na consideração do cliente como um ser inserido em um sistema complexo e na valorização da investigação científica para o aprimoramento das práticas de saúde, o CEDEFAM evolui em relação à qualidade da assistência, e isso se reflete na crescente demanda de atendimento e na fidelidade dos clientes.

4.3 Fases da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida em quatro fases: desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo, avaliação do roteiro do vídeo educativo, gravação e edição do vídeo educativo, e implementação e avaliação do impacto do vídeo educativo.

Na figura 1, apresenta-se o fluxograma das fases da pesquisa.

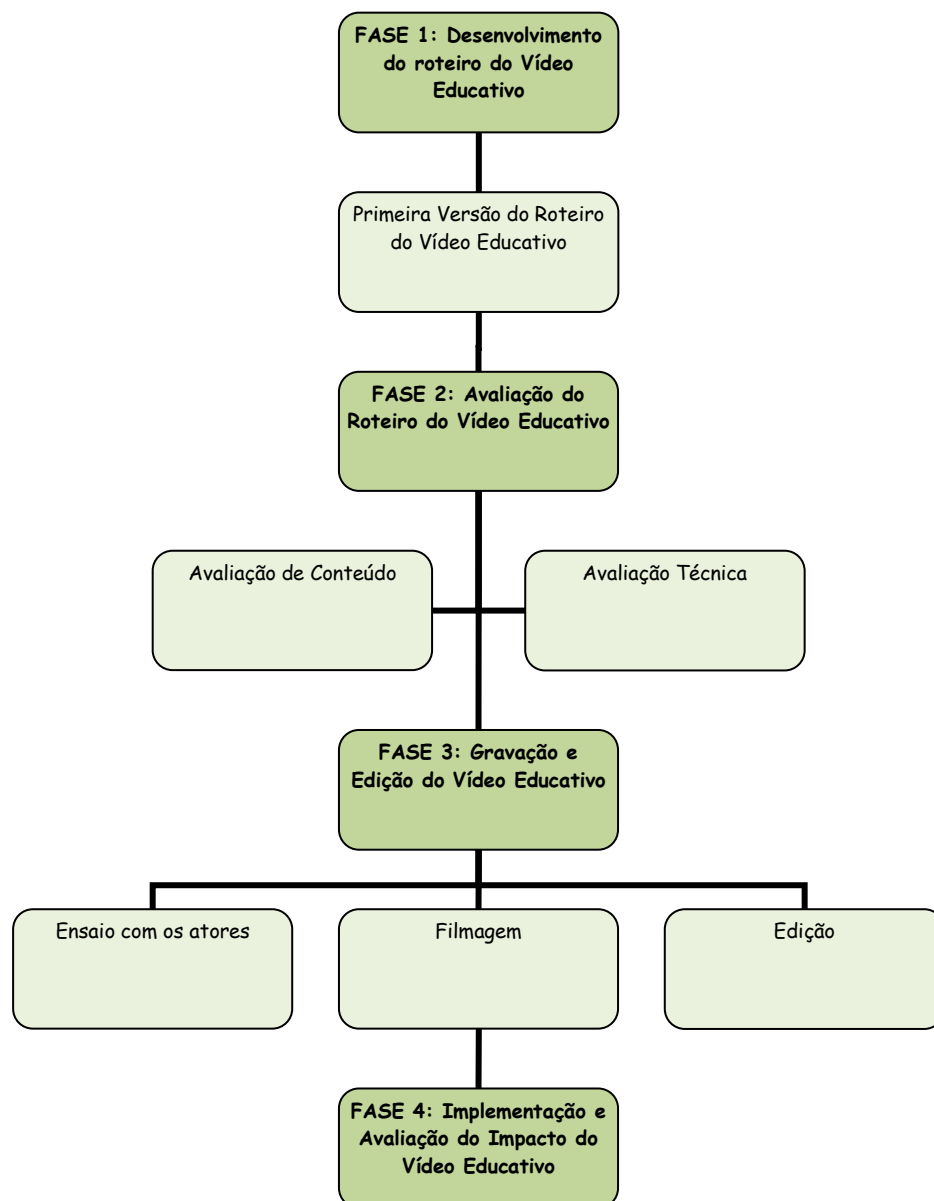


Figura 1 – Fluxograma das fases da pesquisa.

4.3.1 Fase 1: Desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo

A primeira atividade desenvolvida consistiu na elaboração do roteiro (primeira versão). Por ser produzido visando à comunicação por mídia não impressa, o roteiro deve ser desenvolvido por meio de frases curtas, com uso de pontuação extra (principalmente vírgula) e prioritariamente na voz ativa. Em suma, o roteiro deve promover a máxima identificação do público-alvo e compreensão do conteúdo a ser transmitido. Segundo Fiorentini (2002), roteiro é um texto diferente dos demais, porque deve ser desenvolvido com base em uma linguagem que determine não só a fala, mas também os gestos, expressões corporais e tempo de pausa, por exemplo, sendo caracterizado por códigos e palavras em um formato técnico.

O conteúdo da peça foi elaborado com base na correlação entre as informações obtidas na literatura sobre DST/HIV/aids e os achados oriundos da dissertação de mestrado intitulada “DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher” — a qual aborda o diagnóstico cultural do público investigado nesta tese — uma vez que se busca a interseção do sistema de cuidados profissionais (enfermagem) com o sistema de cuidados populares, a fim de se obter um cuidado congruente com a cultura (SOUSA, 2007).

Assim, o roteiro (Apêndice A) aborda, essencialmente, aspectos relacionados a conhecimentos, atitudes e práticas em relação às DST/HIV/aids, de modo que nestes tópicos foram trabalhados os aspectos na sequência delineada:

1º Conhecimentos (cenas 1 a 7) — o que são doenças sexualmente transmissíveis, como ocorre a contaminação, por que a mulher é mais vulnerável, quais as consequências das DST em geral e por que é possível ocorrer a contaminação entre casais em união estável. Foram elucidados, então, os elementos culturais identificados na população investigada— o mito de que apenas homossexuais e profissionais do sexo estão propensos a adquirir DST/HIV/aids; a crença em que DST são doenças de mulher; e a crença em que apenas a aids é uma DST grave, com as consequências sobre a saúde (SOUSA, 2007).

2º Atitudes (cenas 8 a 10) — vulnerabilidade de casais em união estáveis, observação de sinais e sintomas sugestivos de DST, importância da realização periódica do exame ginecológico, relevância do uso da “camisinha” e negociação do uso deste método. Assim, neste momento do vídeo, foram abordados: o mito de que casais em união estável não são vulneráveis às DST/HIV/aids; o tabu em relação à observação do corpo e dos sinais e sintomas sugestivos de DST; e o tabu sobre o diálogo acerca do uso da “camisinha” entre parceiros fixos (SOUSA, 2007).

3º Práticas (cenas 11, 12 e 13) — na primeira cena, foram exibidas explicações sobre a confiabilidade da “camisinha” como método preventivo e sua utilização correta. As duas últimas cenas reforçam o conteúdo total do vídeo e destacam a autonomia feminina na prevenção das DST. Na terceira parte do vídeo, a discussão sobre cultura e DST/HIV/aids se encerra na desmistificação de que a “camisinha” não é um método confiável (SOUSA, 2007).

O roteiro apresenta, portanto, 13 cenas e nove personagens (apresentadora, cinco mulheres que estabelecem união estável e são usuárias do serviço de saúde, marido da personagem principal, recepcionista e enfermeira).

4.3.2 Fase 2: Avaliação do roteiro do vídeo educativo

Após a elaboração do roteiro, encaminhou-se o texto para avaliadores das duas áreas afins: Enfermagem- sendo dois avaliadores proficientes em DST/HIV/aids (avaliação de conteúdo) e dois avaliadores proficientes em Comunicação Social (avaliação técnica). Essa avaliação teve como intuito abordar de maneira consistente os aspectos relevantes para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável por meio de um recurso audiovisual que contenha elementos significativos, atraentes e compreensíveis ao público-alvo.

O instrumento de avaliação do conteúdo (Apêndice B) e dos aspectos técnicos (Apêndice C) do roteiro do vídeo é composto por itens a serem respondidos com “Sim” ou “Não”, além de itens baseados em uma nomenclatura específica (conceito de qualidade), tais como: A - de acordo; AP - de Acordo em Parte; D - desacordo e NA - Não se Aplica e espaço para comentários a respeito das respostas fornecidas. Assim, as sugestões dos avaliadores foram analisadas e auxiliaram na elaboração da versão final do roteiro.

A seleção dos avaliadores de Enfermagem e de Comunicação Social se deu, respectivamente, com a pontuação de seu grau de domínio sobre o conteúdo e a técnica a ser empregada no vídeo. Para isso, foram honradas as orientações de Barbosa (2008), adaptando-as aos objetivos e objeto desta investigação, uma vez que o estudo da autora retrocitada se assemelha a este experimento e fornece importantes sugestões metodológicas.

Quadro 3 – Critérios para a seleção dos avaliadores de conteúdo.

AVALIADOR	PONTUAÇÃO
Doutor em Enfermagem	2 pontos

AVALIADOR	PONTUAÇÃO
Mestre em Enfermagem	2 pontos
Especialista em Enfermagem em Saúde Pública ou áreas afins	1 ponto
Experiência na assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher, com ênfase em DST/HIV/aids, por um período de, no mínimo, cinco anos.	1 ponto
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher, com ênfase em DST/HIV/aids.	1 ponto
Autoria em dois trabalhos publicados em periódicos com a temática Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher, com ênfase em DST/HIV/aids.	1 ponto
Tese/dissertação/monografia na temática Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher, com ênfase em DST/HIV/aids.	1 ponto

Quadro 4 – Critérios para seleção dos avaliadores técnicos.

AVALIADOR	PONTUAÇÃO
Doutor em Comunicação.	2 pontos
Mestre em Comunicação.	2 pontos
Especialista em Comunicação.	1 ponto
Experiência em desenvolvimento de vídeos educativos de, no mínimo, cinco anos.	1 ponto
Participação em grupos/projetos de desenvolvimento de vídeos educativos de, no mínimo, cinco anos.	1 ponto
Produção de dois vídeos educativos.	1 ponto
Tese/dissertação/monografia na área de Comunicação.	1 ponto

Para serem selecionados, os avaliadores precisavam obter, no mínimo, quatro pontos. Depois de selecionados, seguiu-se para o processo de avaliação do vídeo.

A avaliação seguiu as orientações de Lopes (2001). Os aspectos avaliados por parte de cada grupo foram:

Avaliadores de Enfermagem (conteúdo)

- Objetivo do instrumento a ser validado
- Conteúdo do instrumento (estrutura e estratégias de apresentação)
- Relevância e ambiente (cenário em que vai ser apresentado o instrumento a ser validado)

Avaliadores em Comunicação Social (técnica)

- Funcionalidade
- Usabilidade
- Eficiência

4.3.3 Fase 3: Gravação e edição do vídeo educativo

Depois de realizada a avaliação do roteiro do vídeo, houve reestruturação do roteiro, seguida da gravação do vídeo. Para isso, contou-se com o apoio de um técnico da área de criação de vídeos educativos.

O tempo necessário para gravação, assim como o número e tipos de personagens, foram definidos após elaboração e avaliação do roteiro do vídeo educativo. As filmagens foram realizadas em locais diferentes, retratando três cenários considerados essenciais para abordagem do conteúdo cultural programado: ambiente externo (convívio social), ambiente residencial (convívio familiar) e consultório de Enfermagem (associação entre sistemas de cuidados populares e sistemas de cuidados profissionais).

O local para filmagem do ambiente externo (convívio social) foi um estúdio de uma produtora de Fortaleza-CE, que permitiu a captação da imagem da apresentadora sobre uma tela azul, recurso que possibilitou a projeção de variadas imagens que remetiam aos diversos assuntos abordados na apresentação do vídeo. A montagem do cenário residencial e do consultório de Enfermagem aconteceu no próprio Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM). A seleção deste local como ambiente para as filmagens foi feita com base na possibilidade de maior identificação cultural do público-alvo, uma vez que representa o próprio sistema de cuidado profissional da comunidade investigada.

Para o desenvolvimento do vídeo, foram selecionados seis voluntários que demonstraram interesse em participar da proposta, que correspondiam aos perfis propostos no roteiro do vídeo, pois possuíam disponibilidade de tempo para participar dos ensaios e das gravações e apresentavam habilidades de interpretação. A opção por voluntários se deu por sugestão dos próprios avaliadores técnicos do roteiro do vídeo, os quais recomendaram a

participação de pessoas verdadeiramente interessadas em atuar, mesmo que estas pessoas não possuíssem formação profissional artística, pois, como o processo de gravação é bastante exaustivo, seria imprescindível o interesse dos participantes na proposta do vídeo.

O roteiro do vídeo foi distribuído e, duas semanas depois, aconteceu o primeiro ensaio. Após este, realizaram-se outros dois ensaios. Após considerar que todos possuíam domínio sobre o desempenho de seus papéis, foram agendadas as datas para as filmagens, que aconteceram em dois dias, um para gravação no CEDEFAM e outro para gravação em estúdio.

4.3.4 Fase 4: Implementação e avaliação do impacto do vídeo educativo

A implementação e a avaliação do impacto do vídeo educativo aconteceu em novembro de 2010, em dois dias, pela manhã, durante o desenvolvimento de três grupos focais, abordando a discussão focada no tópico “Conhecimentos, atitudes e práticas no contexto prevenção das DST/HIV/aids”. Para isso, foram contemplados, em cada sessão, três temas e seus respectivos subtemas, também denominados *probes*, presentes no roteiro do Grupo Focal (Apêndice D). As *probes* foram desenvolvidas com o intuito de explorar, sob diversas abordagens, a mesma questão investigada. Os temas e suas respectivas *probes* estão na sequência.

1º Tema Conhecimentos (o que sabem).

Probes — o que são doenças sexualmente transmissíveis, como ocorre a contaminação, quais as diferenças de vulnerabilidade entre homens e mulheres, quais as consequências das DST e qual o risco de contaminação entre casais em união estável.

2º Tema Atitudes (o que pensam).

Probes — análise da vulnerabilidade de vários grupos sociais (mulheres, homens, casais em união estável, homossexuais e profissionais do sexo), observação de sinais e sintomas sugestivos de DST, realização periódica do exame ginecológico, uso da “camisinha” e negociação do seu emprego.

3º Tema Práticas (como se comportam).

Probes — confiabilidade da “camisinha” como método preventivo e utilização da “camisinha”.

O número de grupos focais formados deve variar de acordo com a complexidade da temática e pode ser alterado após análise conjunta dos dados coletados. Foram seguidas as orientações de Debus (1997), que sugere organizar ao menos dois grupos, para que, desde

então, as informações obtidas sejam avaliadas em relação à saturação, momento em que a formação de grupos pode ser interrompida. Percebeu-se, já na segunda sessão grupal, a repetição de muitas ideias, mas decidiu-se realizar mais uma sessão, a fim de oferecer o benefício às demais usuárias do CEDEFAM. Acredita-se que as características culturais inerentes às mulheres da comunidade investigada e a condição de se encontrar em união estável aproximaram a realidade das participantes dos grupos focais, o que foi identificado na semelhança de conhecimentos, pensamentos e práticas no âmbito da prevenção das DST/HIV/aids, relatados pelas participantes do estudo.

A definição das participantes dos grupos focais ocorreu por seleção. É importante ressaltar aqui que os critérios de seleção (sexo, idade, escolaridade, diferenças culturais, estado civil e outros) podem variar, mas os componentes do grupo devem ter pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996). Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para as participantes dos grupos focais: estar sendo assistida no local e período de coleta de dados deste estudo e estar estabelecendo união estável (casada ou em união consensual). Como critério de exclusão, adotou-se: possuir alguma dificuldade cognitiva ou patologia que a impossibilite de participar do estudo.

No primeiro dia foram desenvolvidos dois grupos focais, compostos por oito participantes cada qual; no segundo dia, foi desenvolvido o terceiro grupo focal, com nove participantes. Buscou-se selecionar, para cada grupo, de oito a dez participantes, pois esse intervalo é recomendado como ideal para produtividade do grupo e interação dos participantes. Grupos focais de menos de oito participantes costumam ser pouco produtivos e de mais de dez dificultam a concentração na temática e atuação do moderador (DEBUS, 1997; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; IERVOLINO; PELICIONE, 2001; MEIER; KUDLOWIEZ, 2003). Assim, ao todo, 25 mulheres participaram dos grupos.

O primeiro contato com as mulheres que seguiram os critérios de inclusão do estudo aconteceu no CEDEFAM, na ocasião do comparecimento das participantes para realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino, quando feito o convite para participar da pesquisa e explicados os objetivos, procedimentos e benefícios do estudo. As atividades grupais foram desenvolvidas logo após a aceitação do convite. Os grupos foram iniciados com a introdução e apresentação, quando houve o agradecimento pelo comparecimento das participantes; apresentação da pesquisadora, do projeto e dos objetivos do grupo; leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); apresentação das regras da reunião e apresentação entre as participantes. Nos casos em que houve aceitação, a participante assinou

o TCLE. Após, foi realizada investigação prévia de conhecimentos, atitudes e práticas na prevenção das DST/HIV/aids, por meio de abordagem grupal, utilizando-se como instrumento o roteiro para grupo focal. Seguiu-se, então, para implementação do vídeo educativo e posterior avaliação de seu impacto por meio do mesmo roteiro.

As sessões grupais foram desenvolvidas na sala de reuniões do CEDEFAM, que consiste em um ambiente tranquilo, climatizado, com o mínimo de interferência e de fácil acesso. Essas adequações foram priorizadas a fim de garantir que as mulheres selecionadas não deixassem de participar da intervenção por conta da dificuldade de acesso, se concentrassem no conteúdo do vídeo e se sentissem à vontade para interagir, expondo sentimentos, pensamentos e dúvidas. De fato, o ambiente para desenvolvimento de grupos focais deve ser neutro, isto é, fora do ambiente de trabalho e/ou convívio dos participantes, e de fácil acesso, livre de ruídos, possibilitando a captação das falas, sem muitas interferências (MEIER; KUDLOWIEZ, 2003).

A organização do espaço físico foi outro aspecto relevante das sessões com os grupos focais. Priorizou-se a participação efetiva do grupo e deu-se primazia à manutenção de todos no campo de visão entre si e com a moderadora. Para isso, desenvolveu-se as sessões com a disposição das cadeiras em círculo e utilização de crachás pelas participantes, facilitando a identificação e a interação.

O tempo de duração das sessões variou de uma a uma hora e meia. Este período foi sugerido como ideal, uma vez que sessões de menos de uma hora de duração geralmente são insuficientes para discussão significativa dos temas, e sessões de mais de duas horas podem provocar cansaço e desconforto às participantes, interferindo negativamente nos objetivos da discussão e obtenção dos resultados (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996; DEBUS, 1997; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; IERVOLINO; PELICIONE, 2001; MEIER; KUDLOWIEZ, 2003).

A obtenção e o registro dos resultados foram feitos por uma moderadora (pesquisadora), com o auxílio de um gravador de som. É importante destacar que a moderadora não atuou como professora, juíza ou chefe, mas sim como facilitadora do debate, registrando também expressões verbais e não verbais. Após cada sessão, foi elaborado um quadro geral das ideias preponderantes. A avaliação do impacto foi feita por meio da análise do conteúdo expresso pelas participantes, ressaltando diferenças de pensamentos e sentimentos antes e após a implementação do vídeo.

4.4 Organização e análise dos dados

Os resultados obtidos da avaliação do roteiro do vídeo pelos avaliadores de Enfermagem e de Comunicação foram organizados em quadros, sumariando aspectos relevantes do vídeo sobre prevenção das DST/HIV/aids em mulheres em união estável como recurso de Educação em Saúde. Já os achados provenientes da implementação do vídeo com grupos focais, caracterizados prioritariamente por dados qualitativos, foram submetidos à técnica de codificação dos conteúdos das falas, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Pré-análise — inicialmente foi realizada a leitura exhaustiva do material, correlacionando as falas com os elementos não verbais captados na observação.

Exploração do material ou codificação — as ideias repetidas foram destacadas e as falas de origem dessas ideias foram agrupadas.

Tratamento dos resultados — as falas significativas e representativas foram selecionadas e agrupadas. Também foram tratadas as falas constituídas, ou seja, que representam mudança de opinião no contexto da interação grupal.

Inferência e interpretação — depois de tratados os resultados, seguiu-se para a última fase de análise, quando se efetivou a contraposição entre os achados desta pesquisa e outras fontes de informação, bem como interpretou-se as ideias sob a perspectiva do cuidado cultural.

Os resultados foram organizados em categorias pré-estabelecidas. As categorias Conhecimento e Atitude, que também compuseram o roteiro dos grupos focais, foram utilizadas para apresentar os achados, revelando de que modo as participantes se posicionaram perante os temas enfocados nas sessões.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa com seres humanos envolve condutas éticas e científicas, fundamentadas, entre outras coisas, no consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, na proteção aos grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, bem como na ponderação entre riscos e benefícios.

Em pesquisas que envolvem elementos culturais, é importante prezar os princípios da ética, desde a entrada em campo até a apresentação dos resultados a outras pessoas. Leininger (2002) ensina que a dimensão ética e também moral das pessoas é definida de acordo com a

cultura a que pertencem, de modo que pode haver diferenças de significados, valores e estilos de vida entre pesquisador e participantes. Dessa maneira, ao se inserir em uma cultura diferente, o pesquisador deve se isentar de valores e crenças preconcebidos, no intuito de evitar conflito cultural desfavorável à ética do estudo.

Assim, em todas as etapas do estudo, em conformidade com as instruções presentes na Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referente a estudos a serem realizados com seres humanos, e com as orientações de Leininger para a ética em pesquisas sobre a cultura, este experimento teve o compromisso de tratar os participantes com dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, tendo como princípios resguardar a integridade dos valores, dos modos de vida e do ambiente cultural das pessoas envolvidas na pesquisa, bem como primar pela privacidade, ressaltar a relação risco/benefício (de forma a procurar fornecer o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos), não discriminar os participantes e proteger grupos vulneráveis.

Durante o processo burocrático para a realização desta pesquisa, solicitou-se, inicialmente, à unidade de saúde, a autorização para o desenvolvimento do estudo. Após autorização, encaminhamos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e, logo tendo aprovação, com o número de protocolo 06/10, iniciou-se os procedimentos para a coleta de dados.

As mulheres que participaram dos grupos focais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E). Os avaliadores do roteiro de vídeo também foram submetidos ao TCLE, específico para os procedimentos que envolveram estes participantes do estudo (Apêndice F). Desenvolveu-se o TCLE em uma linguagem respeitosa e acessível, a fim de tornar claras a justificativa, os objetivos e os procedimentos necessários para a realização do estudo, os possíveis riscos e desconfortos, bem como os benefícios esperados por meio da contribuição dos participantes.

Em relação à linguagem, foram fornecidas informações acessíveis ao plano intelectual e cultural dos participantes. Evitou-se o emprego de terminologias de compreensão difícil, incompatíveis com o nível de escolaridade fundamental, frases ou parágrafos muito longos, e primou-se pelo grau de facilidade de leitura do TCLE. No caso de pessoas com dificuldades de leitura, tratou-se de ler o termo diante de uma testemunha imparcial alfabetizada, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa, esclarecendo dúvidas ou reforçando o significado das palavras.

Para obtenção do consentimento pelo TCLE, foram levados em conta, de acordo com as orientações de Clotet, Goldim e Franciscone (2000), os pontos relevantes adiante expressos.

Precondições

- ✓ Autonomia e capacidade para decisão – legalmente capazes de decidir; e
- ✓ decisão voluntária – exercício da escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou qualquer outra forma de restrição.

Elementos de informação

- ✓ Realização de um processo deliberativo e informativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação;
- ✓ esclarecimento da natureza do estudo e dos procedimentos – explicação sobre a justificativa, os objetivos, os métodos e a duração da pesquisa;
- ✓ informação sobre possíveis riscos e desconfortos, e benefícios (individuais e coletivos) – efeitos sobre a saúde da participante e de outras pessoas que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação na pesquisa;
- ✓ direitos – direito de não participar; no caso de aceitação, de desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo; e em todos os casos de ser defendida e protegida moralmente, e de serem resguardadas a confidencialidade e a privacidade das informações coletadas, bem assim a preservação do anonimato; e
- ✓ alternativas – considerações a respeito das alternativas de aceitação ou não-aceitação em participar do estudo.

Elementos de consentimento

- ✓ Decisão em favor de uma opção; e
- ✓ autorização para a realização – verbal e por escrito.

Após compreensão e consentimento propriamente dito e confirmado por escrito no TCLE, começou-se a recolher os dados com os avaliadores do roteiro do vídeo e, posteriormente, com as participantes dos grupos focais. Nessa operação, ouviram-se as informações sem prejulgamentos e manteve-se em sigilo a identidade dos participantes. Após a coleta dos dados, rerepresentou-se as informações colhidas para os próprios participantes. Na mostra dos resultados do estudo, foi garantido o anonimato dos avaliadores do vídeo, sempre referidos pela denominação “Avaliador 1” ou “Avaliador 2”, no contexto de cada avaliação (de conteúdo ou técnica). As participantes dos grupos focais foram apresentadas por letras e números que garantiram o anonimato, mas permitiram a associação de suas falas

com as de demais integrantes do mesmo grupo. Assim, por exemplo, a participante número 1 do grupo 1 foi denominada P1G1.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Fase 1: Desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo

A Enfermagem configura-se como ciência que dialoga com diversas disciplinas, a fim de desenvolver tecnologias direcionadas para um cuidado satisfatório. No âmbito do cuidado preventivo e da Promoção da Saúde, vivencia uma busca incessante por inovações que favoreçam a reflexão das pessoas acerca de modos de vida saudáveis, da autonomia que estas pessoas possuem sobre a própria saúde e do poder que têm de multiplicar conhecimentos e promover mudanças. Foi com essa motivação que se partiu para o desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo.

Logo no início, diversas barreiras se interpuseram. As principais dúvidas eram: como se faz um roteiro de vídeo? Enfermeiros seriam capazes de desenvolver um roteiro sem formação específica sobre isso? O desafio era grande, assim como o era a vontade de superá-lo.

A resposta para tantas indagações foi encontrada em Comparato (2009), ao afirmar que:

[...] a vocação de roteirista se revela tardiamente na vida de uma pessoa. Nunca soube de nenhuma criança que ao ser indagada sobre o que queria ser quando crescesse tenha respondido: “roteirista”. (...)É interessante constatar que a maioria dos roteiristas profissionais não provém das faculdades de Letras ou dos jornais. Conheço médicos, advogados, comerciantes de vinho e até matemáticos que com êxito se dedicam a escrever roteiros. (P. 294).

A obra de Comparato (2009) – adotada pelo Real Instituto Oficial de Rádio e Televisão da Espanha, pelas universidades do Cone Sul, de Portugal e da Itália, bem como em separatas pelas Escolas de Cinema de Berlim e Munique – revela que, para ser um roteirista, não é necessário ser um especialista em termos técnicos ou recursos cinematográficos, mas sim ter vivenciado fragmentos, matizes e facetas da existência, concomitantemente, ao desenvolvimento de uma escrita rica em detalhes. A realização de uma etnografia durante o curso de Mestrado favoreceu o desenvolvimento de uma visão ampla da realidade da população aqui estudada, bem como ensejou o aprimoramento da habilidade de escrever sobre cultura.

Ciente da capacidade de vencer o desafio da produção do vídeo, partiu-se para a escrita do roteiro, com fundamento nas fases descritas por Comparato (2009). Apesar de o autor revelar não existirem receitas — apenas seis etapas sugeridas — considerou-se prudente segui-las.

1ª Ideia – identificação de fato ou acontecimento que provoca no escritor a intenção de registrá-lo e relatá-lo. A ideia surgiu logo após a conclusão do curso de mestrado, quando, revendo os achados da etnografia realizada, se notou que as nuances captadas deveriam ser utilizadas na comunicação enfermeiro- paciente (mulheres em união estável) no âmbito da prevenção de DST/HIV/aids. Os detalhes referentes a linguagem, modos de vida, ambiente, redes de apoio e valores culturais da população investigada se revelaram como pontes para adentrar o universo dessas pessoas. A ideia estava clara: um vídeo culturalmente fundamentado para prevenção de DST/HIV/aids. O que iria compor, porém, o conteúdo deste vídeo? Daí surgiu o conflito.

2ª Conflito – é o início do trabalho de escrever, **o que se vai desenvolver**. Começa com um esboço da história, cujo ponto de partida é uma frase que constitui o resumo da obra, também denominada *Story line*. Esta não deve ultrapassar cinco linhas. Ao tentar-se desenvolver algo para compor o vídeo, pensa-se em expor a prevenção de DST/HIV/aids sob uma perspectiva positiva da saúde, com suporte num enredo simples, leve, mas com pontos de reflexão sobre Promoção da Saúde. Começou-se, então, com a história de uma mulher em união estável com dúvidas acerca de sua vulnerabilidade às DST/HIV/aids, sendo que esta personagem dialogaria com outras mulheres, as quais, apesar de vivenciarem situações afetivas diferentes, possuíam um ponto em comum: estabeleciam união estável.

3ª Personagens – é o momento de decidir **quem** vai viver o conflito básico. Esta fase é, por vezes, considerada a primeira por alguns roteiristas. O desenvolvimento da personagem se faz por meio da elaboração da sinopse, onde são descritos elementos do caráter das personagens principais e **quando** estas viverão suas histórias. Assim, ao se escolher as características das personagens, reflete-se sobre a diversidade e a universalidade de microculturas, presentes em cada ambiente familiar. As personagens representam os diferentes tipos de mulheres e de relações de gênero, de modo a proporcionar a identificação das diversificadas telespectadoras (participantes do estudo). Sob esse aspecto, Comparato (2009) ressalta que as personagens devem possuir o chamado **ponto de identificação**, que pode ser obtido quando as telespectadoras percebem que o problema que a personagem enfrenta também poderia ser dela ou quando ocorre identidade simbólica entre as imagens das cenas e as da vida real. Por conta disso, buscou-se retratar, além da circunstância de contaminação por DST, os ambientes de

convívio social, vivência familiar e de interação dos sistemas de cuidados populares com o sistema de cuidados profissionais.

4ª Ação dramática – consiste na maneira **como** se vai contar o conflito. Para isso, é necessário estabelecer uma estrutura, de forma criativa, composta por cenas, determinadas pelas alterações do espaço e pela participação das personagens. Essa estrutura é denominada por alguns roteiristas de *escaletta*. Esta etapa foi uma das mais complicadas, uma vez que requer habilidade para visualizar, ainda na escrita do roteiro, formas criativas e interessantes de apresentar o conteúdo, de modo a atrair as telespectadoras e mantê-las interessadas durante toda a apresentação do vídeo. Para isso, decidiu-se usar recursos culturais, como músicas regionais (antigas e contemporâneas), ambiente característico do bairro, utilização de alimentos típicos, bem como recursos técnicos que provocassem a curiosidade, como cortes de cenas e vozes *em off*.

5ª Tempo dramático – consiste no **quanto** de tempo será necessário para cada cena. É o tempo em que a cena se abre, desenrola-se e acaba. Pode também ser considerado o primeiro roteiro. Nessa fase, começa-se a estabelecer os diálogos de cada cena, revelando, também, características da personagem principal. No desenvolvimento desta fase, revisitou-se a dissertação de mestrado para recapitular dúvidas, medos, crenças e valores das mulheres em união estável. O produto final foi um roteiro simples, com a mensagem a ser transmitida, mas ainda carecendo de revisão, correção e retoques.

De acordo com as orientações de Comparato (2009), o roteiro foi subdividido em quatro partes.

Primeira — Abertura. Com base na complexidade da relação afetiva e Promoção da Saúde sexual e reprodutiva.

Segunda — Desenvolvimento até a crise. Referência à personagem principal até o momento em que esta se questiona sobre sua vulnerabilidade às DST/HIV/aids.

Terceira — Desenvolvimento até o clímax. A personagem segue na busca de respostas. No serviço de saúde, depara situações afetivas de mulheres também em união estável.

Quarta — Resolução. A personagem inicia o esclarecimento de dúvidas e ansios ainda na sala de espera do consultório, mas finaliza o processo no consultório de enfermagem.

6ª Unidade dramática – É o **roteiro final** ou guia para constituição do produto audiovisual. Refere-se ao conjunto de cenas prontas para serem filmadas ou gravadas. Após

preparada a primeira versão do roteiro, recorreu-se aos dois avaliadores de conteúdo (enfermeiros) e, posteriormente, aos dois avaliadores técnicos (comunicadores sociais). Os avaliadores forneceram importantes contribuições para o aprimoramento do primeiro roteiro que, embora tenha mantido a mensagem inicial, foi submetido a correções de termos, esclarecimento de ideias e incorporação de caracteres técnicos. A seguir apresentou-se os resultados da avaliação do roteiro do vídeo educativo.

5.2 Fase 2: Avaliação do roteiro do vídeo educativo

Para avaliação do conteúdo do roteiro, foram selecionados dois avaliadores. O primeiro atingiu pontuação máxima nos prerequisites considerados para seleção, tendo consistente formação em pesquisa no âmbito da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva. O segundo avaliador possui vasta experiência na assistência de mulheres portadoras de DST/HIV/aids, sendo referência no Ceará na consultoria de projetos e programas envolvendo a temática. Assim, as contribuições dos dois avaliadores privilegiaram aspectos referentes não só a conceitos teóricos, como também à aplicabilidade destes conceitos. Essa diversidade de contribuições favoreceu a relação ficção-realidade, teoria-prática, na produção do roteiro.

Os dois avaliadores técnicos possuíam ampla experiência no desenvolvimento de roteiros, produção de vídeos educativos e edição de produtos audiovisuais. Essa formação contribuiu para a produção de cenas, revisão de falas e incorporação de recursos que enriqueceram a atratividade do vídeo. Apesar de o roteiro ter mantido a ideia inicial, a reformulação com base nas sugestões dos avaliadores técnicos possibilitou maior destaque para eventos importantes no vídeo, nuances que necessitavam ser ressaltadas de forma sutil, mas eficiente.

Todos os avaliadores receberam um envelope contendo resumo do projeto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), primeira versão do roteiro e instrumento de avaliação do roteiro do vídeo. Os critérios foram avaliados de acordo com a valoração: A= de acordo, AP = acordo em parte, D = desacordo e NA = não se aplica (LOPES, 2001).

Os avaliadores de conteúdo mensuraram os seguintes aspectos: objetivos do vídeo, conteúdo das informações, relevância do conteúdo e ambiente proposto no vídeo.

Os “objetivos do vídeo”, primeiro aspecto avaliado, referem-se aos propósitos, metas ou fins pretendidos por meio da tecnologia proposta. Assim, a avaliação deste quesito é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 5 - Avaliação do conteúdo quanto aos objetivos do vídeo.

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
5.1 São coerentes com a prática de enfermagem.	02 Avaliadores			
5.2 São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de promover reflexão a respeito da prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	01 Avaliador	01 Avaliador		
5.3 O nível dos objetivos propostos está adequado para serem efetivados.	01 Avaliador	01 Avaliador		

Fonte: dados da pesquisa.

Um dos avaliadores julgou os objetivos do vídeo coerentes em todos os critérios avaliados. O outro, em contrapartida, considerou que os objetivos se aplicam em parte aos critérios analisados, por julgá-los incoerentes à proposta da pesquisa e aos objetivos desta. Destacou que, em se tratando de mulheres com risco de contrair DST/aids, em que se exige negociação do uso da “camisinha”, focar questões de gênero é ferramenta para compreensão e valorização de seu papel na sociedade e, conseqüentemente, na sua relação estável com o companheiro. Sugeriu que outras estratégias fossem utilizadas, como, por exemplo, a aplicação do vídeo em grupos focais, uma vez que o vídeo apenas suscita debate,

cabendo aqui o desenvolvimento de estratégias que promovam posterior diálogo acerca do conteúdo apresentado no vídeo.

Considerando a sugestão de associação do vídeo à técnica de grupo focal, bastante enriquecedora, se formulou a estratégia de coleta de dados (antes direcionada para simples aplicação de questionários após apresentação do vídeo), uma vez que, por meio de grupos focais, seria possível não apenas promover diálogo e reflexão acerca do conteúdo apresentado no vídeo, mas também coletar dados qualitativos em profundidade, o que poderia sugerir maiores evidências sobre o impacto do vídeo nas diversas situações de mulheres em união estável.

O segundo aspecto avaliado, o “conteúdo”, refere-se à forma de apresentar o vídeo, incluindo sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e suficiência. Sob a óptica dos avaliadores, o conteúdo foi avaliado da seguinte forma:

Quadro 6 – Avaliação do conteúdo quanto ao teor do vídeo.

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
6.1O conteúdo corresponde aos objetivos propostos no trabalho.	01 Avaliador	01 Avaliador		
6.2 O roteiro do vídeo é apropriado para a clientela escolhida.		02 Avaliadores		
6.3 Os conteúdos atingem com precisão o escopo do tema.	01 Avaliador		01 Avaliador	
6.4As informações que o roteiro apresenta estão corretas.	01 Avaliador	01 Avaliador		

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
6.5 Segundo o roteiro, o vídeo apresenta um número de cenas e um tempo suficiente para o conhecimento das participantes.	01 Avaliador	01 Avaliador		
6.6 O estilo de redação do vídeo está compatível com o nível de conhecimento das participantes.		02 Avaliadores		
6.7 As estratégias utilizadas estão compatíveis para a prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	01 Avaliador	01 Avaliador		
6.8 As cenas que se pretende situar no vídeo não refletem discriminação.	02 Avaliadores			

Fonte: dados da pesquisa.

A correspondência entre o conteúdo e os objetivos do vídeo foi julgada como aplicável por um dos avaliadores e aplicável em parte pelo outro. Este justificou sua avaliação na necessidade de fortalecer o enfoque de gênero no roteiro do vídeo. Esse enfoque foi sugerido em muitos momentos da avaliação, o que levou a se enriquecer os diálogos entre as personagens femininas, a fim de ressaltar a autonomia das mulheres e a necessidade do

desenvolvimento de habilidades pessoais para utilizar a “camisinha” feminina ou negociar o uso da “camisinha” masculina com o companheiro.

Os avaliadores afirmaram que o roteiro se aplica em parte para a clientela escolhida, ou seja, para mulheres em união estável residentes na periferia da Cidade, uma vez que a primeira versão do roteiro continha termos técnicos que poderiam não ser compreendidos claramente. Assim, de acordo com esta observação, substituíram-se os termos como “tempo de incubação” por “período em que o vírus fica adormecido, sem causar sintomas, mas pode ser transmitido”.

O alcance com precisão do escopo do tema do vídeo por parte do conteúdo do roteiro foi avaliado como aplicável por um dos avaliadores e em desacordo pelo outro. O motivo para este julgamento reside no fato de que, na versão inicial do roteiro, a expressão HPV foi relacionada à ocorrência do câncer de colo de útero. O último avaliador sugeriu desassociar os termos e enfatizar o cuidado da vagina por meio de artifícios que promovam proteção de agressões externas, como “camisinha”. A reformulação dos diálogos do roteiro a respeito desta sugestão também privilegiou a avaliação acerca da veracidade das informações, critério considerado, antes da correção, como aplicável por um avaliador e aplicável em parte por outro.

Outro critério julgado no contexto do conteúdo do roteiro foi o número de cenas e o tempo, que deveriam ser suficientes para o conhecimento das participantes. Esse foi referido como aplicável por um avaliador e aplicável em parte por outro, sendo que este sugeriu a substituição de algumas falas por imagens. Assim, nas cenas em que a narradora aparecia explicando o que são DST, houve substituição por imagens, de modo que a voz da narradora continuava, mas as imagens que apareciam seriam do processo de contaminação e de como evitá-lo. Nas cenas finais, em que é explicado o modo de utilizar a “camisinha”, a imagem da personagem foi substituída pelos passos a serem seguidos para inserção da “camisinha”.

O estilo de redação do roteiro do vídeo foi considerado aplicável em parte pelos dois avaliadores, que sugeriram substituição de termos técnicos e, quando estes foram estritamente necessários, foram explicados e exemplificados. Essa sugestão foi acatada por meio da incorporação de imagens exemplificativas.

Em relação às estratégias utilizadas no roteiro, classificadas como aplicáveis por um avaliador e aplicáveis em parte por outro, foi sugerida, mais uma vez, a associação da exibição do vídeo com a utilização da técnica de grupo focal.

O caráter não discriminatório do vídeo também foi avaliado como aplicável pelos dois avaliadores. Foi solicitado, no entanto, que a contaminação por DST/HIV/aids seja

considerada sob a perspectiva da ineficiência na negociação do uso da “camisinha” por parte das mulheres; sugestão considerada anteriormente.

Após análise do conteúdo do roteiro, procedeu-se à avaliação da “relevância” do vídeo. Este critério refere-se às características que mensuram o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro para os objetivos propostos para o vídeo educativo. A relevância foi avaliada de acordo com os seguintes critérios:

Quadro 7 – Avaliação do conteúdo quanto à relevância do vídeo.

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
7.1 Os itens ilustram aspectos importantes para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	01 Avaliador	01 Avaliador		
7.2 Os itens são relevantes para que a mulher reflita sobre a importância de prevenir DST/HIV/aids, mesmo no contexto de uma união estável. Permite transferência e generalização do conteúdo aprendido a diferentes situações vivenciadas pela mulher.	01 Avaliador	01 Avaliador		

Fonte: dados da pesquisa.

As imagens e cenas propostas no roteiro do vídeo foram consideradas aplicáveis para o primeiro avaliador e aplicáveis em parte pelo segundo. Para enriquecer o roteiro, foram sugeridas imagens do corpo feminino e do masculino como forma de situar o telespectador no

processo de contaminação e, conseqüentemente, na importância da “camisinha” como método de prevenção das DST/HIV/aids. Foram indicadas, também, cenas que promovam reflexão acerca do papel da mulher na relação e de sua submissão aos desejos do homem.

Acatando estas solicitações, acresceu-se uma cena explicando o que são DST, exibindo os corpos feminino e masculino, enfatizando o porquê de o corpo feminino ser mais vulnerável às DST. Em momento posterior, enriqueceu-se uma cena com diálogos entre várias mulheres, sugerindo a negociação do uso da “camisinha” e a autonomia da mulher sobre seu corpo, reforçando o direito de praticar sexo com o uso da “camisinha”.

Outro aspecto avaliado no contexto do conteúdo do vídeo foi o “ambiente” selecionado para gravação das cenas (critério 4.1) e para exibição do vídeo (critério 4.2). Na primeira versão do roteiro foram planejadas gravações em ambiente externo, em uma residência e em uma unidade da Estratégia Saúde da Família. Já em relação ao local para exibição do vídeo, optou-se pela própria unidade de saúde onde foram coletadas as informações culturais para elaboração do roteiro, que contém uma sala reservada, climatizada, com televisor, aparelho de DVD e cadeiras confortáveis. Os avaliadores julgaram os ambientes como está no quadro 8.

Quadro 8 – Avaliação do conteúdo quanto ao ambiente.

CRITÉRIO	A	AP	D	NA
8.1 O ambiente é adequado para transmissão.	01 Avaliador	01 Avaliador		
8.2 O ambiente propõe ao aprendiz adquirir conhecimento com base na experiência e nos ensinamentos propostos.	01 Avaliador	01 Avaliador		

Fonte: dados da pesquisa.

Apesar de um dos avaliadores ter considerado o local aplicável em parte, sugeriu a manutenção do ambiente, solicitando apenas que o vídeo fosse exibido como meio — não como fim — para Educação em Saúde e que outras estratégias sejam utilizadas para promover reflexão e suscitar diálogo. O outro avaliador julgou os ambientes para gravação e exibição aplicáveis, elogiando o fato de o vídeo ser exibido no local de origem das informações, pois isso representa um retorno da pesquisa científica como contribuição para as pessoas, fortalecendo a relação universidade-comunidade. Com base nesse aspecto, manteve-se o local de exibição do vídeo e se ratificou a incorporação da estratégia de grupo focal.

Após avaliação de todos os aspectos referentes ao conteúdo do vídeo, prosseguiu-se para avaliação dos aspectos técnicos. Os avaliadores técnicos mediram os seguintes itens: funcionalidade, usabilidade e eficiência do vídeo.

A “funcionalidade” refere-se ao julgamento das funções previstas no roteiro do vídeo e dirigidas às necessidades de reflexão sobre prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável. Os avaliadores apresentaram suas percepções da seguinte forma:

Quadro 9 – Avaliação técnica quanto à funcionalidade do vídeo.

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
9.1 O vídeo, como está no roteiro, propõe-se fazer o que é apropriado para promover Educação em Saúde na prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	02 Avaliadores			

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
9.2 O vídeo produz resultados positivos.	02 Avaliadores			

Fonte: dados da pesquisa.

Os dois avaliadores concordaram na idéia de que os critérios avaliados sobre a funcionalidade do vídeo são aplicáveis, ou seja, a proposta do vídeo está em concordância com a forma como o roteiro foi apresentando, significando que tem possibilidade de produzir impacto para Educação em Saúde no concernente à prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.

O segundo aspecto avaliado foi a “usabilidade”, relativo ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

Quadro 10 – Avaliação técnica quanto à usabilidade do vídeo.

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
10.1O vídeo é fácil de usar.	02 Avaliadores			
10.2 É fácil aprender conceitos utilizados e suas aplicações.	01 Avaliador	01 Avaliador		
10.3 Permite reflexão sobre as questões nele apresentadas.	02 Avaliadores			

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
10.4 Fornece ajuda de forma clara, completa e rápida, não sendo cansativo.	02 Avaliadores			

Fonte: dados da pesquisa.

No item usabilidade foram avaliados quatro critérios. Os dois avaliadores mensuraram todos os critérios como aplicáveis, exceto o critério 10.2, considerado por um dos avaliadores como aplicável em parte. Este avaliador sugeriu a reformulação da primeira fala da primeira cena do vídeo, substituindo afirmações por indagações. Concordando com essa observação, substituiu-se a fala — “Você que é casada ou mora com seu companheiro, ou seja, tem uma relação estável, você sabia que pode vir a ter uma doença sexualmente transmissível?” — pela fala “Você é casada? Mora com seu companheiro? Tem uma relação estável? Você acredita que pode vir a pegar uma doença sexualmente transmissível? Nunca pensou nisso?”.

A “eficiência” foi o último aspecto técnico avaliado. Esse item diz respeito ao relacionamento entre nível de desempenho do vídeo e quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas. Os avaliadores julgaram os critérios referentes à adequação da eficiência de acordo com as valorações expressas na ilustração seguinte.

Quadro 11 – Avaliação técnica quanto à eficiência do vídeo.

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
11.1 O tempo proposto é adequado para que o usuário aprenda o conteúdo.	02 Avaliadores			

CRITÉRIOS	A	AP	D	NA
11.2 O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo.	02 Avaliadores			
11.3 O número e a caracterização das personagens atendem ao objetivo proposto.	02 Avaliadores			
11.4 O discurso entre as personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.		02 Avaliadores		

Fonte: dados da pesquisa.

Os dois avaliadores concordaram em todos os critérios, classificando os três primeiros como aplicáveis e o último, referente ao discurso entre personagens, como aplicável em parte. O primeiro avaliador sugeriu redução dos diálogos por meio da utilização de frases mais objetivas, mais curtas, como, por exemplo, na substituição da fala — “É complicado por que eu não fui a primeira mulher do meu marido, ele já teve outras mulheres antes de mim. Ele pode ter tido relação sem “camisinha” e depois pode até ter passado pra mim. Aí, é bom ir no posto de saúde por que, se tiver um negócio desses, a gente descobrindo já trata logo.”

— pela fala “E esse daqui de casa já teve outras mulheres antes de mim. Vai que ele tenha algum vírus desses aí e tenha passado pra mim!!! Por que se tiver um negócio desses, a gente descobrindo já trata logo”.

Além dos critérios avaliados em cada item, os avaliadores fizeram considerações gerais que enriqueceram a dinâmica do vídeo. O quadro *split*, formado pela junção de imagens que remetem ao tema, foi sugerido no final do vídeo, quando personagens verbalizam suas mensagens finais. Essa contribuição favoreceu a assimilação entre imagem e ênfase na mensagem final.

Em momentos em que é abordado o mito de que apenas homossexuais e profissionais do sexo estão propensos a adquirir DST/HIV/aids, foi sugerida a utilização de imagens do arquivo com efeito para não identificar homossexuais e profissionais do sexo. Os efeitos “OT” (outro tom) e “OA” (outro ângulo) foram incorporados em várias cenas para dinamizar os diálogos, o que tornou o vídeo mais descontraído.

5.3 Fase 3: Gravação e edição do vídeo educativo

Com o roteiro avaliado e modificado, partiu-se para uma das fases mais interessantes deste trabalho: gravação e edição do vídeo educativo.

No primeiro momento, procurou-se selecionar as pessoas que melhor interpretariam os papéis determinados no roteiro. Foram selecionadas pessoas que se prontificaram a participar da proposta e que possuíam o perfil das personagens especificadas no roteiro. Distribuiu-se o roteiro do vídeo e agendou-se o primeiro ensaio depois de duas semanas. Durante esse período, manteve-se contato frequente com os voluntários para esclarecer detalhes das personagens, cenas e características culturais do público-alvo.

O primeiro ensaio foi o momento descontraído e revelador, uma vez que grande parte dos atores foi composta por mulheres que também estabeleciam relacionamentos estáveis. Em muitas falas, “atrizes” se identificaram com as personagens, demonstrando que as falas e o contexto das cenas possuíam identificação com a cultura nordestina, sobretudo, e que o vídeo poderia contribuir para reflexão sobre a importância da prevenção das DST/HIV/aids também em casais em união estável; isso tendo como foco a promoção da conscientização das mulheres. Assim, ocorreram mais dois ensaios, quando se evidenciou que os atores haviam captado a essência da proposta e estavam aptos a atuar diante de uma câmera, com desenvolvimento de expressões faciais, corporais e de familiaridade com a temática e o ambiente cultural.

A decisão de gravação do vídeo após os ensaios foi caracterizada por um dilema: a escolha do ambiente/cenário de gravação. Havia-se determinado que seria importante manter três ambientes de interação: ambiente externo (convívio social), residencial (convívio familiar) e Consultório de Enfermagem (associação entre sistemas de cuidados populares e sistemas de cuidados profissionais). O primeiro ambiente poderia ser retratado de formas diversas, inclusive por meio de imagens projetadas em uma tela azul. O segundo e o terceiro ambientes, contudo, poderiam ser gravados em estúdio ou em ambiente real. O estúdio proporcionaria maior controle por parte da equipe, uma vez que é praticamente isento de influências externas; porém, o produto perderia a identificação cultural da realidade experienciada pelas mulheres público-alvo do vídeo. Tinha-se de optar entre a sofisticação do estúdio e a aproximação da realidade. Sob a perspectiva técnica, se deveria optar, respectivamente, entre os pressupostos do cinema novo e os do cinema importado.

O cinema novo é um recurso audiovisual que tem como prioridade retratar situações de caráter cultural sem recorrer ao sensacionalismo, reivindicando uma cenarização informativo-crítica e a expressão de uma cultura autêntica, em oposição a um modelo audiovisual importado, numa estética mais verdadeira do que sofisticada (GERBER, 1991). Teve início na década de 1950 e marcou o cinema independente no Brasil, destinando-se a ser prioritariamente um instrumento de conscientização, uma vez que se caracteriza pela produção de baixo custo, por imagens com poucos movimentos, pela ênfase em elementos culturais, por cenários simplórios, e por falas mais longas e de cunho instigante. O movimento teve como lema: “Uma câmera na mão e uma ideia na cabeça.” (GERBER, 1991).

Como o ponto-chave desta pesquisa é a avaliação do emprego de recursos culturais na produção de uma tecnologia educativa que, por sua vez, pretende fugir do modelo generalista e promover identificação cultural, com a conseqüente reflexão, decidiu-se desprender do rigor técnico e primar pela gravação em ambiente real, no próprio Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM). Assim como as produções do cinema novo, esse trabalho teve como pressupostos a produção de um audiovisual simples do ponto de vista tecnológico, mas com maior realidade, mais conteúdo e menor custo.

As gravações ocorreram durante um dia inteiro, das 10h às 22 h. Durante as gravações, percebemos que o processo de captação de imagem e do som é deveras exaustivo, de modo a ser preciso que os atores estejam realmente comprometidos com o sucesso do projeto para compreender a importância das minúcias, da gravação de várias cenas com a mesma fala, da linguagem corporal, da manutenção da naturalidade durante os diálogos e de outros detalhes

que se revelam durante toda a produção de um audiovisual. Felizmente, se dispunha de uma equipe motivada e bem humorada.

De posse do material, começou-se a edição, que também consiste em uma etapa que requer tempo, paciência e visão do todo. As melhores interpretações de cada fala foram selecionadas. Intercalou-se cenas com detalhes do cotidiano de mulheres nordestinas, sobretudo das que estabeleciam união estável, tendo-se procurado inserir recursos que remetiam ao contexto cearense, tais como música, costume e termos do vocabulário local, e destacou-se os pontos importantes, com recursos tecnológicos, como legendas e fotografias.

O vídeo foi finalizado com 23 minutos, tempo havido como adequado para audiovisuais com finalidade educativa. A adequação do tempo de duração de um vídeo sobre DST/HIV/aids é essencial para atender aos objetivos do processo educacional. Com efeito, é imprescindível que o tempo disponível para gravação do vídeo seja utilizado de forma otimizada, isto é, que em um intervalo de tempo em que o público consiga se manter atento seja disponibilizado um conteúdo de forma eficaz. Este conteúdo deve ter a capacidade de despertar o interesse do telespectador, favorecer a assimilação de informações relevantes e instigar reflexão acerca da relação entre o conteúdo apresentado e a realidade vivenciada em um contexto particular e sociofamiliar (ANDRADE; ALBUQUERQUE; MAIA, 2007).

5.4 Fase 4: Implementação e avaliação do impacto do vídeo educativo.

A implementação do vídeo educativo por meio da técnica de grupo focal foi substancialmente enriquecedora, pois permitiu não apenas se coletar informações acerca do impacto do vídeo na prevenção das DST/HIV/aids, mas também oferecer contributo para a Promoção da Saúde das participantes da pesquisa. Diferentemente de outras técnicas, como questionários e entrevistas individuais, que poderiam limitar o contexto das questões investigadas, o grupo focal ensejou uma investigação profunda, oriunda da interação de pensamentos individuais, do diálogo entre mulheres que vivenciavam a mesma situação e que discutiram experiências semelhantes ou até mesmo compartilharam situações e ideias novas.

As 25 participantes do estudo possuíam entre 21 e 36 anos de idade. Eram cearenses e residentes em Fortaleza, sendo que 22 eram naturais de Fortaleza e três do restante do Estado. Em relação à escolaridade, 18 concluíram o ensino médio, três encerraram os estudos com a conclusão do ensino fundamental e quatro não terminaram o ensino fundamental. Cinco são casadas e as demais vivem em união consensual. O tempo de união com marido ou companheiro variou de cinco meses a 17 anos.

Na primeira ocasião, que antecedeu a apresentação do vídeo, houve abordagem prévia de informações sobre conhecimentos, atitudes e práticas na prevenção das DST/HIV/aids. Nesse momento, a interação das participantes era mínima. Elas se limitavam a expressar informações de acordo com as probes, ou seja, os subtemas provenientes do roteiro do grupo focal. Os conhecimentos, atitudes e práticas expressas apresentavam algumas ideias equivocadas, que, inclusive, eram compartilhadas por várias participantes.

O segundo momento, que consistiu na implementação do vídeo, foi de expectativa por parte das mulheres e de atenção à mensagem transmitida. Não houve conversas paralelas. Algumas identificaram o ambiente onde foi gravado o vídeo, olhando para a colega e apontando objetos das cenas presentes nas salas que recebiam atendimento no CEDEFAM; outras acompanharam com movimentos o ritmo da música nordestina contemporânea presente em uma das cenas; foram identificados também, sorrisos discretos nas situações em que as personagens conversavam sobre os sabores da “camisinha” masculina; e muitas expressaram com gestos a não-aceitação da “camisinha” feminina. Crê-se que essas expressões não verbais representam, respectivamente, a identificação com o ambiente e linguagem musical do vídeo, interesse em conhecer elementos facilitadores ao uso da “camisinha” masculina e desinteresse pela estética da “camisinha” feminina.

O terceiro e último momento das atividades, que aconteceu quando se voltou a discutir sobre as questões do roteiro do grupo focal, permitiu avaliar a aquisição de conhecimentos e atitudes favoráveis à prevenção das DST/HIV/aids em decorrência da implementação do vídeo. O resultado das atividades foi a identificação de questões que talvez não fossem reveladas em entrevistas individuais e, nas entrelinhas dessas questões, elementos que evidenciaram o impacto do vídeo.

Os depoimentos são apresentados no contexto das três questões investigadas, que consistiram em duas categorias temáticas — Conhecimentos e Atitudes. É importante salientar aqui que, antes da apresentação do vídeo, as participantes se expressaram de modo inseguro, muitas vezes com interrogações. Nesse momento, pediu-se para que as participantes aguardassem momento posterior para esclarecimento das dúvidas, a fim de não interferir na avaliação do impacto do vídeo. Após apresentação do vídeo, muitas dúvidas foram esclarecidas. Após o registro das informações, concluiu-se com o esclarecimento das dúvidas que persistiram.

Organizaram-se nossos achados em quadros, evidenciando as mudanças nos depoimentos (o antes e o depois) decorrentes do impacto ocasionado pelo vídeo. Mantiveram-se em sequência os diálogos provenientes das interações das participantes, para retratar a

continuidade do pensamento grupal. As passagens que permitiram se identificar a assimilação direta de elementos do vídeo na aquisição de “Conhecimentos” e “Atitudes” favoráveis à prevenção das DST/HIV/aids foram destacadas com fonte em *itálico*.

Conhecimentos

Iniciaram-se as discussões sobre prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável, investigando informações julgadas imprescindíveis à introdução da temática, ou seja, o que essas mulheres compreendem por doenças sexualmente transmissíveis. Foram abordados, então, o conceito e os tipos de DST, assim como seus sinais, sintomas, consequências, formas de contaminação, vulnerabilidade em casais em união estável, vulnerabilidade entre homens e mulheres, meios para obter diagnóstico e prevenção. A análise do conhecimento de questões primordiais que embasam o cuidado humano é considerada por Leininger (1991) como ponto-chave para promoção de uma assistência de enfermagem eficaz, sendo que esta análise deve ser utilizada para elaborar o cuidado em busca do aprimoramento de práticas no contexto saúde-doença.

A compreensão acerca do conceito e dos tipos de DST demonstrada antes da apresentação do vídeo caracterizava-se pelas respostas inseguras, assim como pela ideia de que DST consiste em um tipo de doença, e não um conjunto de doenças com uma característica em comum. Após apresentação do vídeo, este conhecimento foi reelaborado por uma das participantes e compartilhado pelas demais, conforme se pode observar no quadro 12.

Quadro 12 – Conhecimento acerca do conceito e dos tipos de DST

ANTES	DEPOIS
Mas DST não é uma doença só não, né? É? (...) Eu não sei. (P1G3).	O HIV é uma DST. Tem a gonorréia também, e a sífilis. Conheço essas. (P1G3).
A raladura também é uma DST? (...) Eu acho que é também. (P2G3).	DST não é uma doença. Não é só o HIV. (...) São todas essas doenças transmitidas pelo sexo. (P3G3).
A raladura dá de relações. Se a mulher tiver o útero raso e tiver muitas relações... (P3G3).	

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

Diversas estratégias educativas voltadas à prevenção das DST/HIV/aids possuem enfoque informativo, direcionado para o esclarecimento de conceitos sobre o que são DST, quais os sinais e sintomas sugestivos de DST e como prevenir estas doenças. O elemento

informativo, contudo, apesar de ser importante componente do processo educativo, não é seu único determinante.

Na implementação do vídeo, os elementos informativos foram trabalhados de forma contextualizada, de modo que, ao se reconhecerem nas situações apresentadas no vídeo, as participantes dos grupos compreenderam o porquê, por exemplo, de o HIV ser um tipo de DST e de DST ser denominação de um conjunto de doenças com uma característica em comum: podem ser transmitidas na relação sexual

Leininger (1991) fundamentou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural com pressupostos que discorrem sobre o fato de que toda cultura tem conhecimentos universais e, eventualmente, conhecimentos que variam transculturalmente. Por conta desse fato, é importante que o cuidado de enfermagem na prevenção das DST/HIV/aids busque compreender essas variações e direcionar o planejamento de suas intervenções para o esclarecimento de conceitos incoerentes, com base em uma linguagem congruente com a realidade das pessoas, famílias ou comunidades.

Para que o processo educativo na prevenção das DST/HIV/aids avance, transpondo a transmissão de informações, é necessário que estratégias inovadoras de comunicação, sobretudo que utilizem a linguagem cultural, sejam desenvolvidas e implementadas em um contexto dialógico, a fim de inserir estas informações no âmbito do conhecimento, que, por sua vez, está situado em uma dimensão bem mais complexa do que a simples assimilação de informações (PASCOM *et al.*, 2010; STARK; HOPE, 2007).

O conhecimento acerca dos sinais e sintomas das DST concentrava-se na percepção de dor ou alguma alteração em seu órgão genital, mas essas percepções se apresentavam de forma vaga, sem descrição dos tipos de alterações. Outro fato observado foi que as participantes não atentaram para os sinais, sintomas e consequências no companheiro. Após implementação do vídeo, emergiram depoimentos que denotaram o mal-estar ante a ideia de deformação da vagina e do pênis. O impacto do vídeo no contexto dos sinais, sintomas e consequências das DST pode ser verificado no quadro 13.

Quadro 13 – Conhecimento acerca dos sinais, sintomas e consequências das DST

ANTES	DEPOIS
Se a mulher sentir dor na relação pode ser sinal de alguma doença. (P1G3).	Pode causar muitas coisas né? Fica toda deformada a vagina da mulher. (P4G3).
Se eu tiver com uma DST vai ter alguma reação na minha vagina? Eu acho que pode ter. (P4G3).	Né nem tanto por isso. É pela vergonha também. (P5G3). Já vi caso de homem que teve que amputar! O homem pode ter também. (P6G3).

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

A contaminação por DST nem sempre envolve o aparecimento de sinais e sintomas. O HPV, por exemplo, pode permanecer assintomático durante anos. No homem a ausência de sinais e sintomas é uma realidade ainda mais frequente, mas em alguns casos é válida a observação de sinais e sintomas no parceiro. Em decorrência dessa falta, muitas vezes a procura por sinais e sintomas é feita pela mulher apenas em seus órgãos genitais. Com a apresentação de imagens de sinais sugestivos de DST também no pênis, as participantes do estudo atentaram para a existência destes sinais também no homem.

A forma como as pessoas desenvolvem conhecimento é influenciada por sua visão de mundo, suas observações e formulação de conceitos, e esse processo advém de fatores educacionais e culturais oriundos, primordialmente, dos sistemas de cuidados populares (LEININGER, 2002). Estes sistemas, muitas vezes, apresentam conhecimentos reduzidos ao que se vê, desconsiderando eventos obscuros, como a existência de contaminação sem sintomatologia. Diante disso, torna-se imprescindível a atuação dos sistemas de cuidados profissionais, a fim de fornecer informações que contribuam para a reelaboração de conhecimentos favoráveis a uma atitude de proteção da saúde.

A abordagem das formas de contaminação revelou informações novas acerca da cultura da população investigada. Os conhecimentos apresentados antes da exibição do vídeo possuíam base real e científica; porém, após o vídeo, a discussão ganhou ênfase, sendo desveladas questões culturais que promovem comportamentos favoráveis à contaminação.

Nos depoimentos presentes no quadro 13, é possível verificar que o vídeo aprofundou o conhecimento sobre a transmissão vertical e suscitou reflexão acerca de como as mulheres podem ter contato com fluidos corporais contaminados. Atuou ainda no aprofundamento das discussões acerca de outros fatores, inerentes ao comportamento, que podem favorecer o contágio, como o uso de drogas.

A droga foi lembrada não apenas como meio de transmissão pelo compartilhamento da seringa, mas, sobretudo, como elemento que predispõe ao risco por prejudicar o poder de decisão em favor de um comportamento favorável à prevenção das DST/HIV/aids durante a negociação de uma relação sexual em troca de dinheiro para consumo de drogas.

Quadro 14 – Conhecimento acerca das formas de contaminação por DST/HIV

ANTES	DEPOIS
<p>Pega pelo sangue, mas assim, se alguma coisa saísse de mim... (P3G3).</p> <p>(...) Por que tem várias formas de contaminação. Se tem uma mulher sentada nessa cadeira e assim que ela levanta eu me sento, com uma roupa assim, curtinha, eu to exposta, posso ter contato com alguma secreção na cadeira. (P3G3).</p>	<p>E essas pessoas que ficam beijando um monte de gente numa festa só?! Eu acho isso ridículo. Agora, né, que eu to casada... (todas risos) Não... Mas quando eu era solteira, mesmo não sendo uma santa, não era assim também não... Mas a gente sabe que a saliva é a parte mais suja do nosso corpo, aí vem uma pessoa que colocou a boca ninguém sabe aonde e taca saliva na nossa boca. (P6G3).</p> <p>Imagina o tanto de bactéria que tem ali! Às vezes a pessoa pode até ta com um ferimento na boca, uma aftazinha... aí vem um monte de bactéria e entra por ali. (P3G3).</p> <p>Aconteceu com a minha prima. Ela pediu uma roupa de banho emprestada, usada... no outro dia ela tava sentindo muita dor na vagina. Aí depois ela foi no ginecologista e viu que tinha pegado gonorréia. É tanto que minha mãe nunca deixou a gente usar roupa de banho emprestada. (P6G3).</p> <p>Assim... No parto normal, pode contaminar o bebê. (P6G3).</p> <p>Só que a pessoa não pega HIV só pelo sexo. Tem um menino lá da minha rua que pegou pela seringa. Ele toma essas bombas aí e foi contaminado. Uma pessoa que acabou de tomar a bomba e passou a seringa direto pra ele. Deu positivo o exame dele. (P1G2).</p> <p>Né nem por isso. Como tem muita gente que ta se vendendo pra conseguir essas drogas, às vezes tem relação de todo jeito, não quer nem saber com quem saiu. (P4G3).</p> <p>Por que né nem por ser homossexual ou profissional do sexo. É mais pela droga, que mexe com a cabeça da pessoa. (P3G3).</p>

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

A ideia de que a transmissão das DST, de forma geral, acontece pelo sangue e/ou pelo contato com outras secreções demonstra que as mulheres investigadas têm conhecimento, mesmo que de cunho empírico, acerca da transmissibilidade por meio de fluidos corporais, soluções de continuidade. Este tipo de conhecimento pertence ao âmbito dos sistemas de cuidados populares e, por possuir elementos favoráveis ao cuidado, pode ser preservado por meio de estratégias educativas culturalmente direcionadas (LEININGER, 1991).

A ideia de transmissão durante o parto e no decurso do emprego compartilhado de seringa contaminada representa a evolução do conhecimento empírico de contágio por meio de fluidos corporais. O vídeo, nesse sentido, instigou o raciocínio acerca dos comportamentos que predispõem ao risco de contato com estes fluidos. Leininger (1991) destaca que o cuidado popular pode ser fundamentado em conhecimentos que, mesmo não possuindo base científica, podem contribuir para práticas satisfatórias quando em diálogo com os sistemas de cuidados profissionais.

A droga, todavia, foi abordada não apenas como elemento de risco, por envolver o uso de perfurocortante, mas, sobretudo, por alterar a capacidade de discernimento dos usuários, que, em razão disso, podem se submeter a práticas sexuais inseguras. Marques (2010) lembra que em um contexto de complexidades de questões sociais, em especial das desigualdades de gênero, o uso de substâncias psicoativas por parte de pessoas que sofrem a pressão do consumo destas substâncias influencia diretamente na aceitação de práticas sexuais sem o uso da “camisinha”. Esta realidade muitas vezes não é considerada, uma vez que o enfoque da relação droga-HIV consiste na redução de dados oriundos do compartilhamento de seringas contaminadas. Bastos (2010), inclusive, ressalta a interligação de drogas com sexualidade, criticando a ausência de uma agenda internacional que atente para esta relação.

A discussão sobre as formas de contaminação iniciou o debate sobre a vulnerabilidade de casais em união estável. Uma vez levantada o ponto de que as formas de transmissão se relacionam com o contato com secreções contaminadas, foi iniciado o diálogo acerca do risco em casais em união estável, com ênfase na origem da contaminação, ou seja, quem pegou de quem, quem passa pra quem e como isso acontece.

Antes da implementação do vídeo, as manifestações se concentravam na contaminação pela relação sexual, sendo que a origem da contaminação era atribuída à infidelidade masculina ou feminina. Segundo as participantes, a mulher ou o companheiro podem contrair DST/HIV/aids por meio de uma relação sexual com terceira pessoa. Na retomada da discussão após implementação do vídeo, identificou-se aquisição do conhecimento acerca do período de latência de algumas DST. As participantes ilustraram esse conhecimento com falas que evidenciaram a possibilidade de contaminação anterior ao relacionamento estável, citando termos utilizados na narrativa do vídeo, como a ideia de que o vírus pode estar *adormecido*, apresentada pela fala da participante P8G3.

Outro aspecto observado foi a repadronização do mito de que apenas homossexuais e profissionais do sexo estão propensos a adquirir DST/HIV/aids. Este elemento cultural foi identificado em estudo anterior com a mesma população (SOUSA,

2007). Isto parece ter sido esclarecido, quando as participantes explicaram que todo tipo de pessoa está propensa a contrair DST/HIV/aids. Algumas mulheres até enfatizaram o fato de que homossexuais e profissionais do sexo, por estarem mais bem informados sobre os riscos que correm, estão adotando comportamentos de proteção da saúde e prevenção de DST/HIV/aids. O quadro 15 apresenta depoimentos demonstrativos de que as participantes dos grupos focais adquiriram conhecimento sobre a vulnerabilidade de mulheres em união estável.

Quadro 15 – Conhecimento acerca da vulnerabilidade de casais em união estável.

ANTES	DEPOIS
<p>A mulher, pra ela pegar doença, é obrigado ela ter relação? Pega só no contato? No contato do pênis com a vagina? (P7G3).</p> <p>Se o homem tiver coisa por fora, né... ou se a mulher tiver também ela pode passar pro homem. (P1G1).</p> <p>Se o homem não tiver usado “camisinha” com uma outra mulher e eu não me proteger eu posso pegar também, né! (P1G1).</p>	<p>Tem muita mulher que pensa assim: ah, eu confio nele e ele confia em mim, não tem como a gente pegar. Só que tem isso de a pessoa ta contaminada e passar o vírus! (P2G2).</p> <p>Se um homem tiver uma doença e tiver tido há muito tempo, ele acha que já pode tá curado, mas ainda pode estar com a doença. (P2G1).</p> <p>É como o HIV, né.. às vezes a pessoa pega e não sabe nem de quem pegou, <i>por que aquele vírus tava ali, adormecido...</i> (P8G3).</p> <p>Acho que isso aí, hoje em dia, do jeito que ta o mundo, todo tipo de gente ta correndo o risco de pegar uma doença dessa, não é só quem é profissional do sexo ou homossexual não. <i>Até mesmo esses homossexuais e essas profissionais do sexo, como disse aí,</i> eles já ficam com a mente mais aberta e eles mesmo vão se prevenindo. Às vezes é mais fácil um homossexual se prevenir total do que uma mulher que ta em casa. (P3G3).</p>

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

Observou-se que a linguagem utilizada no vídeo, referindo que vírus e bactérias como *adormecidos*, foi prontamente assimilada pelas participantes do estudo em seu universo vocabular, o que demonstra que a aproximação da linguagem cultural de sistemas de cuidados populares e sistemas de cuidados profissionais favoreceu a apreensão da mensagem transmitida, reforçando a afirmação de Leininger (1991) de que o conhecimento sobre culturas, pessoas e sistemas, sobretudo acerca de sua linguagem, pode ser importante ferramenta na elaboração do cuidado.

A crença de que as DST/HIV/aids são doenças que sempre vêm de fora, ou seja, de uma pessoa que não faz parte do convívio social, é uma ideia comum em diversas culturas. Em povos indígenas, por exemplo, as DST/HIV/aids são consideradas doenças do mundo externo à aldeia (SANTOS *et al.*, 2010). Na sociedade civilizada, algumas pessoas ainda se referem a estas doenças como doenças “do mundo”. Acreditou-se que esta forma de conhecer é advinda do pensamento de que a contaminação por essas patologias é uma realidade distante, assim como do estigma que essas enfermidades representam. Pascom *et al.* (2010) revelam que em torno de um quinto da população brasileira acredita que ter parceiro fiel reduz o risco de transmissão do HIV. Essa crença também pode ser identificada em outros contextos. Sanders *et al.* (2006) e Paranjane *et al.* (2006) também verificaram a relação entre confiança no parceiro e não-uso da “camisinha”.

O depoimento da participante P3G3 revela que houve repadronização do mito de que apenas homossexuais e profissionais do sexo estão propensos à contaminação, uma vez que o conhecimento sobre grupos de risco foi discutido e abandonado pelas participantes do estudo, ao conhecerem os motivos que as incluem como população também em risco de adquirir DST/HIV/aids, principalmente por não se considerarem até então vulneráveis (SOUSA, 2007).

A vulnerabilidade feminina no âmbito da contaminação do casal foi um subtema bastante discutido nos grupos focais. Os relatos ocorridos antes da apresentação do vídeo revelaram que a mulher possui conhecimento sobre o risco que possui em se relacionar com o companheiro sem uso da “camisinha”, principalmente porque elas acreditam que não devem confiar em seus parceiros e por que estes, quando contaminados, escondem o acontecimento e procuram se tratar por outros meios, como por medicamentos indicados por balconistas de farmácias. As participantes sabem que esta forma de tratamento não é adequada e que, assim, a cadeia de transmissão não é quebrada.

Após o vídeo, os discursos ganharam outra dimensão. Foram destacadas, pelas participantes do estudo, duas questões-chave: a vulnerabilidade anatômica (“a mulher é mais aberta”) e a vulnerabilidade pela confiança no companheiro (“a mulher confia”). É importante ressaltar aqui o conhecimento adquirido acerca da vulnerabilidade anatômica da mulher, que foi assimilado pela mensagem contida no vídeo de que *o formato* do corpo feminino a predispõe à contaminação. Ainda nesse âmbito, as mulheres enfatizaram que o fato de parecer *limpinha* confunde os homens, que, com base em uma avaliação da aparência externa, estabelecem relação sexual extraconjugal sem uso da “camisinha”.

As participantes revelaram, ainda, que o comportamento masculino após a contaminação é caracterizado pela recusa em procurar assistência de saúde adequada quando o homem apresenta sinal ou sintoma sugestivo de DST.

Essas questões são abordadas no quadro 16.

Quadro 16 - Conhecimento acerca das diferenças de vulnerabilidade entre mulheres e homens.

ANTES	DEPOIS
<p>Uma vez, apareceu uns caroços lá nele, aí eu fui com ele no médico. Eu não deixo ele ir só pra ver o que ele (médico) vai dizer. Aí o médico disse: não, eu vou passar esse remédio pra você e quando acabar essa coceira você vai ficar bom. Aí o médico me disse que não era nada... mas aí o que... eu posso ter pegado esse problema! Então eu tenho medo! Aí ele me disse: não, é por que eu ando muito de moto, pego muito Sol, minha roupa é quente... Só que eu não acredito, né!(P1G1).</p> <p>Os homens, às vezes, quando eles pegam uma coisa assim eles vão é na farmácia, perguntam pro balconista da farmácia, tomam o remédio e a mulher às vezes nem sabe. (...) Mas, mesmo assim, o homem procurando remédio na farmácia, ele vai ficar bom?(P3G3).</p> <p>Eu acho que o homem, mesmo se tratando, ele vai pegar de novo. Por que a vida dele vai continuar do mesmo jeito, e quem vai pagar por tudo isso vai ser a mulherzinha que ele deixou esperando em casa. (P2G3).</p> <p>Aqui no Nordeste a maioria dos homens pega as meninas que nem confiam direito. (P6G3).</p>	<p>Eu acho que é mais o homem... (P3G3).</p> <p>Eu acho que é mais na mulher... (...) <i>Na mulher pelo formato</i>. Ela é mais aberta, mais fácil ter contaminação... (P5G3).</p> <p>Ah... isso também. Mas eu acho que no homem quando ele pegou de alguém. A mulher se cuida, não faz nada errado... Mas o homem já não, já é mais fácil pegar doença. (P3G3).</p> <p>Nem sempre se na mulher tiver o homem vai apresentar, né. (P4G3).</p> <p>Como a mulher é mais aberta ela recebe mais uma bactéria, e outros tipos de doença. Mas o homem, como ele tá lá fora, ele pode trazer realmente uma doença pra mulher. (P5G3).</p> <p>Por que a mulher – assim, entre aspas- a mulher ela se previne mais... Com o seu parceiro, né. Mas se o seu parceiro não se previne, ela se torna mais fácil de ter aquela doença. A mulher confia, porque já tem uma estabilidade com aquela pessoa... Já ele pensa que a outra mulher, por que é <i>limpinha</i>, por que ele não tá vendo nada, não tem perigo. Aí ele vai, colhe aquela doença ali com aquela mulher, que pensa que é só dele também, aí pum nela também! Então aí é que tá o problema, né? Eu acho que sim.(P2G3).</p>

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

A referência às expressões *formato do corpo feminino* e *limpinha* remetem ao vocabulário utilizado no vídeo, o qual, mais uma vez, foi reproduzido pelas participantes do estudo, demonstrando o impacto comunicativo na aquisição de conhecimento. Além disso, estes termos representam a aquisição de conhecimento acerca da relação anatomia feminina-contaminação e a respeito da dissociação dos conceitos limpeza-saúde. Vale lembrar que a relação destes últimos vocábulos foi destacada em outros estudos, ao revelarem que os

sistemas de cuidados populares, intensivamente influenciados pelas campanhas de “higiene e saúde”, confundem os conceitos sujeira, limpeza, saúde e pureza no universo da sexualidade (PINHEIRO, 2005; VILLELA, 2005)

A busca por indicação de medicamentos com balconistas de farmácias é uma prática cultural antiga no tratamento de DST. Passos (2005) ressalta que a facilidade de acesso direto a medicamentos (sem a necessidade de atendimento e prescrição médica) e o estigma que as DST representam incentivam a procura por tratamentos alternativos, fora dos serviços de saúde.

Atualmente, a população feminina está compreendendo a importância da procura de assistência por profissional qualificado para tratamento das DST, mas a população masculina parece insistir na ideia de que é possível resolver o problema de forma rápida e sigilosa com o balconista da farmácia. Esse comportamento, oriundo dos sistemas de cuidados populares, não comunga com os pressupostos de uma assistência adequada no âmbito das DST, em virtude de dois agravantes: o primeiro se refere à continuidade da cadeia de transmissão, uma vez que apenas um dos envolvidos está sendo tratado; o segundo agravante consiste na ausência de notificação da doença, o que prejudica o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para as realidades específicas das diferentes populações afetadas.

Em relação à abordagem do conceito de vulnerabilidade, é importante destacar que, com a implementação do vídeo, as participantes perceberam que se encontram vulneráveis por motivos que ultrapassam a visão de risco por comportamento sexual promíscuo. Em relação a isso, Paris (1999) enfatiza que a vulnerabilidade feminina às DST, numa perspectiva psicossocial, está relacionada a fatores estruturais da sociedade (acesso a informações e serviços de saúde), às relações de gênero e à esfera da significação (conceito de risco no imaginário social).

Cientes do comportamento inadequado dos homens, após implementação do vídeo, as mulheres discutiram o conhecimento acerca dos fatores inerentes às suas próprias situações de vulnerabilidade, que, segundo estas, se concentram na predisposição anatômica e na crença de que a confiança no parceiro anula o risco de contrair DST. Esse conhecimento pode ser facilmente reconhecido como resultante do impacto da mensagem demonstrada no vídeo educativo, ilustrada por imagens da anatomia feminina e pelos diálogos pertinentes à confiança no parceiro e o risco de contrair DST/HIV/aids, desenvolvidos pelas personagens. A consciência sobre a vulnerabilidade anatômica da mulher é um fato que deve ser considerado em estratégias educativas de prevenção das DST/HIV/aids (BRASIL, 2006b).

Uma das opções sugeridas pelas participantes do estudo para reduzir a transmissão para mulheres em união estável seria identificar se o companheiro está ou não contaminado.

Acerca das formas de obter o diagnóstico sobre DST/HIV/aids, o exame de sangue foi apontado como o mais adequado. De acordo com os depoimentos apresentados no quadro 17, nota-se que, após a apresentação do vídeo, as participantes incluíram o exame de prevenção de câncer de colo de útero como meio de identificação de sinais e sintomas sugestivos de DST/HIV/aids. Durante as discussões grupais, percebeu-se que o vídeo despertou a lembrança acerca deste conhecimento, pois os depoimentos anteriores à implementação apresentaram trechos demonstrativos de que as mulheres possuem conhecimento sobre o potencial do exame de Papanicolaou na detecção de alterações no colo do útero.

Quadro 17 – Conhecimento acerca dos meios para obtenção de diagnóstico.

ANTES	DEPOIS
<p>O HIV só com exame de sangue mesmo... (P1G1).</p> <p>No caso eu, por exemplo... se eu faço o meu exame e ele não faz. E o meu deu negativo. Eu preciso usar “camisinha” ainda? (P3G2).</p>	<p>A prevenção e o exame do sangue. Por que como você pode ter pegado há dez anos atrás um vírus, como é que eu vou saber se não ta apresentando nada? (P3G3).</p> <p>Assim né, existe também na prevenção mesmo... na hora mesmo você pode saber se tem alguma coisa no útero. (P4G3).</p> <p>Naquele exame de prevenção pode dar cocos e bacilos, né? Mas isso já é uma coisa que toda mulher tem, é tipo uma massinha. (P8G3).</p> <p>No exame de prevenção a gente dá pra saber se tem alguma DST, né? (P3G2).</p>

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

Algumas DST podem se manifestar por meio de sinais e sintomas que podem ser identificados pela própria paciente, no ato da realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino ou na ocasião do recebimento do laudo da análise laboratorial do material coletado nesse exame. Já outras DST, como o HIV, só podem ser diagnosticadas por meio de exame de sangue específico. Por tal motivo, conforme relatado pelas participantes do estudo, o exame de sangue e a realização periódica do exame de prevenção do câncer de colo uterino são as duas formas eficazes de obtenção do diagnóstico das DST/HIV/aids (BRASIL, 2006b; PASSOS, 2005)

O conhecimento sobre a forma de prevenção das DST/HIV/aids permaneceu o mesmo antes e após apresentação do vídeo, pois as participantes já sabiam que a melhor maneira de

prevenir estas doenças no contexto de casais em união estável que desejam continuar mantendo relações sexuais é utilizando “camisinha”. Este achado é apresentado no quadro 18.

Quadro 18 - Conhecimento acerca das formas de prevenção.

ANTES	DEPOIS
Usando a “camisinha”. (P1G1).	Pega sem “camisinha”. Usando “camisinha” protege. (P1G2). A “camisinha” protege de muitas DST, né? (P1G1).

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

O conhecimento apresentado vai ao encontro de várias campanhas educativas de prevenção das DST/HIV/aids, que investem no *slogan* “use camisinha!”. Em estudo anterior realizado com outras mulheres da mesma comunidade, foi verificado que, apesar de estas não utilizarem a “camisinha” nas relações sexuais com o marido ou companheiro, sabiam que o uso deste método é a maneira mais eficiente de prevenir aquelas doenças, mas não aderiram ao seu uso porque não se consideravam vulneráveis, não conheciam os fatores que as predispunham ao risco (SOUSA, 2007). Essa realidade pode ser observada também em contextos macro, além da comunidade cultural investigada. Pascom *et al.* (2010) destacam que 96,6% da população brasileira entre 15 e 64 anos de idade reconhece que o uso da “camisinha” é a melhor forma de prevenir HIV. Essa incoerência entre conhecimento e prática foi observada, ainda, em outras culturas. Rosenthal e Oanha (2006) verificaram que a prática do uso da “camisinha” por mulheres na província de Khanh Hoa, no Vietnã, é incompatível com o conhecimento sobre este método, pois, mesmo conhecendo a necessidade de utilizar “camisinha” em todas as relações sexuais, houve relato de uso com parceiros ocasionais e não-uso com parceiros fixos.

Leininger (2002) explica que modelos de cuidado direcionados para fenômenos de grande amplitude – como a contaminação por DST/HIV/aids — tendem a ser fundamentados em mensagens que podem facilmente ser assimiladas. Assim, por meio da mensagem “use ‘camisinha’”, o conhecimento acerca deste método como preventivo foi apreendido pelas participantes do estudo, mesmo antes da implementação do vídeo.

Atitude

Iniciou-se o tema atitude com a reflexão sobre autoexame dos órgãos genitais, uma vez que a identificação de sinais e sintomas pode auxiliar o diagnóstico, o tratamento e a

interrupção da cadeia de transmissão. As discussões antes e após apresentação do vídeo não apresentaram diferenças significativas nos depoimentos, pois as participantes do estudo, por não confiarem na fidelidade do companheiro, expressaram que sempre observam seus órgãos genitais e os do companheiro, a fim de descobrir, de imediato, alterações que possam comprometer a saúde sexual e reprodutiva do casal.

Considerando que, além do autoexame e da auto-observação de sinais e sintomas sugestivos de DST, a realização de exames no serviço de saúde é imprescindível para diagnóstico e tratamento das DST, investigou-se também a atitude de realização periódica de exames específicos para identificação das DST/HIV/aids, conforme apresentado no quadro 19.

Quadro 19 - Atitude de realizar periodicamente exames diagnósticos

ANTES	DEPOIS
Eu tenho uma amiga que ela passou um tempão sem fazer exame de prevenção. Quando ela descobriu, o câncer tava sem jeito. Eu nunca tinha feito aqui, sempre fazia lá. Mas eu achei aqui muito bom, muito bom mesmo. Vou ficar vindo sempre. (P2G1).	Quando a gente tá <i>grávida</i> tem que fazer prevenção também. Eu tenho marcada a minha, mas é só depois de quatro meses. Você pode fazer sim... (P1G2).
Eu, como sou doadora, tô sempre fazendo exame de sangue. Tô doando sempre e tô sempre vindo como é que tá. (P3G3).	Mulher <i>grávida</i> também pode fazer, mas é só depois do quarto mês. (P3G3).

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

O fato de o vídeo abordar, por meio de imagens, a necessidade de prevenção e diagnóstico também no público de *grávidas* despertou a atenção das mulheres, que destacaram justamente a repadronização do mito de que gestantes não deveriam realizar exame de prevenção do câncer de colo uterino.

A realização do exame a partir do quarto mês, pois, quando o risco de aborto espontâneo é menor, foi adotada pelos profissionais do CEDEFAM para desmistificar a relação entre exame de prevenção e aborto, uma vez que, mesmo não havendo evidência científica de que este exame provoque aborto, em casos em que o fato ocorresse por outros motivos, o exame poderia ser associado pela comunidade como causa e rejeitado durante o período gestacional. Identificou-se o fato de que esta forma de assistir representa um ajustamento do cuidado cultural, definido como ações ou decisões profissionais criativas e capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura a se adaptarem ou negociarem,

com prestadores de saúde profissionais, práticas que visem a um resultado de saúde mais benéfico, sem que haja choque cultural (LEININGER, 1991).

Diante dos relatos, chama atenção também a ausência da realização do teste de HIV. Apenas uma das participantes do estudo afirmou ter realizado o exame e, mesmo assim, o motivo não foi a procura pelo diagnóstico, mas sim a circunstância de doar sangue. Pascom *et al.* (2010) revelam que este fato retrata a realidade brasileira, em que apenas 36, 5% da população sexualmente ativa de 15 a 64 anos de idade realizou o teste de HIV alguma vez na vida.

Partindo para o subtema “proteção/prevenção”, verificou-se que apenas uma participante utilizava a “camisinha” nas relações sexuais com o companheiro. Neste caso, a “camisinha” foi adotada como método de prevenção da gravidez em virtude da não-adaptação à pílula anticoncepcional.

Com base nos depoimentos presentes no quadro 20, identificou-se o fato de que, com a apresentação do vídeo, a “camisinha” foi mencionada no contexto da prevenção das DST/HIV/aids como uma necessidade. A própria participante que afirmou utilizar o método para prevenção da gravidez destacou elementos do vídeo para ilustrar seu pensamento acerca do risco de praticar sexo sem uso da “camisinha”, quando reafirmou que é muito pior pegar uma doença do que perder o companheiro por exigir o uso da “camisinha”. As outras participantes do estudo, apesar de terem utilizado — até então — a “camisinha”, concordaram com esse pensamento, comentando sobre os riscos aos quais elas mesmas estão expostas.

Quadro 20 - Atitude de usar “camisinha” como método de prevenção.

ANTES	DEPOIS
<p>O meu eu comecei a usar depois da minha gravidez, por que eu não podia usar comprimido. Ele não tinha opção: se você não quiser que vá procurar outra! Ele já vai procurar de qualquer jeito mesmo, né? (risos) (P4G2).</p>	<p><i>Aquela menina do vídeo disse que não usa por que vai perder o homem. Eu vou bem deixar de perder o homem pra pegar doença! Né muito pior?! (P4G2).</i></p> <p>E o meu marido, que é caminhoneiro! (todas riram). Quando ele chega eu não posso nem pedir pra ele usar, por que ele vai estranhar, vai achar que eu to com alguma coisa. Quando ele viaja eu digo pra ele: amor, usa “camisinha”. Tá doida, é? (ele). Ele me diz que não tem dinheiro pra pagar não, não dá pra ter rapariga não. (P4G3).</p>

ANTES	DEPOIS
	<p>Não foi bem uma negociação não... (risos) Eu disse que ele ia ter que usar e pronto! No começo ele estranhou, ficava reclamando, mas hoje já tá acostumado. (P4G2).</p> <p>Então a mulher que tem que se prevenir!(...) Por que ela não deve confiar tanto no seu parceiro. (P7G3).</p>

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

A negociação do uso da “camisinha” é um tema bastante investigado no contexto da feminização das DST. A dificuldade em acordar com o parceiro é uma realidade que possui raízes culturais profundas, alicerçadas na submissão e dependência feminina à figura do homem, sendo que esta dependência pode ter diversas dimensões, tais como a econômica, a afetiva ou até mesmo a social. Esta complexidade foi identificada na população aqui estudada ainda durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado, quando ficou evidente que, pelo medo de perder o companheiro, mulheres hesitavam em conversar sobre o assunto com seus pares (SOUSA, 2007). Então, se utilizou esta questão em diálogos entre personagens do vídeo, no intuito de suscitar reflexão nas telespectadoras.

O resultado esperado foi alcançado quando se identificou a reprodução de uma das falas do vídeo pela participante P4G2, que, inclusive, criticou o fato de a mulher preferir se arriscar e contrair DST/HIV/aids a negociar o uso da “camisinha” com o companheiro. A avaliação da atitude de negociar o uso da “camisinha” com o companheiro foi compartilhada pela maioria das participantes dos grupos, contudo estas reconhecem que não se trata de uma tarefa simples.

O cuidado de enfermagem culturalmente congruente ocorre quando problemas de saúde são inseridos no âmbito de valores, expressões e padrões do cuidado cultural do indivíduo, grupo, família ou comunidade (LEININGER, 1991). Ao se identificarem com a personagem do vídeo, que se encontrava na situação de ter que optar entre o risco de perder o companheiro ou adquirir DST/HIV/aids, as mulheres refletiram sobre a necessidade de negociar o uso da “camisinha” em prol da proteção da saúde sexual do casal.

Compreendendo que não negociavam o uso da “camisinha” na relação sexual com o companheiro de união estável, e reconhecendo que estavam expostas ao risco, as participantes revelaram que procuram, até então, diminuir as chances de contrair DST/HIV/aids por meio da cobrança de proteção do companheiro em relações extraconjugais. Os depoimentos no quadro 21 mostram que a atitude de cobrança do parceiro como um dos meios de proteção da

saúde do casal permaneceu a mesma antes e após a implementação do vídeo. A ideia de que a mulher é fiel e o homem infiel e machista foi mencionada.

Quadro 21 - Atitude de exigir do companheiro o uso da “camisinha” como método de prevenção.

ANTES	DEPOIS
Eu sou casada há 17 anos, mas eu sempre pergunto pra ele. Falo pra ele: Ó... quando você for sair por aí com outra mulher você se previna! Por que em todo motel tem “camisinha”. (P1G1)	Eu digo muito pro meu marido: você tem moto, você gosta de sair... eu digo: olhe, mesmo que eu não fique sabendo que você ta com mulher, se previna, não seja machista. (...) Por que eu to me prevenindo, eu não to saindo com ninguém, mas homem é diferente de nós mulheres. (P1G1).
Eu digo: Olha, eu sou doadora, de vez em quando eu to doando sangue... preste atenção! Eu me cuido, não faço nada... se aparecer desse tantinho assim de coisa errada no meu exame eu já sei que foi você! Ele me diz: eu lá to fazendo nada! (...) Não quero saber. Preste atenção! (P3G3).	Eu digo... rapaz vá fazer um exame de sangue, pra ver como você está! Ele sempre diz que não vai por que não ta sentindo nada. Ainda diz assim: quem procura acha! (P3G3).
A mulher tem que pensar: não, ele não é só meu. Claro que você quer que seja só seu. (P4G3).	Eu acho que nenhum dos dois deve confiar um no outro. (P9G3).

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

A atitude de conversar com o companheiro sobre a necessidade de utilização da “camisinha” em relações sexuais extraconjugais, apesar de não consistir na maneira mais adequada de prevenir DST/HIV/aids, constitui, de certa forma, uma atitude de proteção da saúde sexual do casal. É interessante destacar aqui o fato de que, mesmo aceitando uma eventual traição do parceiro, as mulheres se preocupam com o risco de estes serem contaminados por uma terceira pessoa e levarem a doença para o âmbito da união estável.

Sobre a realidade descrita, cabe fazer-se duas inferências. A primeira é o reconhecimento do avanço no tocante ao diálogo sobre prevenção de DST/HIV/aids em casais, uma vez que o tema constituiu e ainda é tabu em muitos contextos culturais. Essa atitude, no entanto, deve ser reajustada, pois pode induzir a mulher a acreditar que, se o companheiro, mesmo estabelecendo relações sexuais com terceiros, utilizar “camisinha”, a mulher estará isenta do risco de contrair DST/HIV/aids, o que representaria a desconsideração do período de latência de algumas DST e de outras que podem ser transmitidas mesmo com o uso da “camisinha”, como é o caso do vírus herpes.

O cuidado cultural é uma abordagem holística proposta para entender, interpretar e prever o fenômeno do cuidado; por isso, é importante investigar como as pessoas cuidam de sua saúde e, a partir daí, desenvolver estratégias que busquem a preservação, o ajustamento ou a repadronização deste cuidado (LEININGER, 1991). Reconhecendo que o diálogo com o

parceiro para orientá-lo a utilizar “camisinha” em relações extraconjugais consiste em uma forma de proteção da saúde sexual do casal, procurou-se ajustar este cuidado esclarecendo aos grupos que, embora esta seja uma atitude válida, o uso da “camisinha” em relações extraconjugais não dispensa o emprego no contexto da união estável.

Aproveitando o enfoque no subtema “uso da ‘camisinha’”, investigou-se qual a atitude das participantes do estudo em relação à “camisinha” feminina. Antes da apresentação do vídeo e discussão grupal, as mulheres não possuíam opinião formada sobre a “camisinha” feminina, porque nunca a viram ou, mesmo tendo visto, não sabiam como utilizá-la. Durante a apresentação do vídeo, observou-se muitas expressões e gestos de não-aceitação. As discussões que sucederam a exibição do vídeo revelaram que a “camisinha” não é um método aceito pelas participantes. Estas consideram desagradáveis o tamanho e a estética da “camisinha” feminina, demonstrando claramente que não pretendem utilizá-la, conforme podemos verificar no quadro 22.

Quadro 22 – Atitude de utilizar a “camisinha” feminina.

ANTES	DEPOIS
Eu mesma nunca vi não. (P2G1).	Como é que uma mulher pode usar isso, meu Deus? (...) Nã... é melhor fazer o homem usar a dele mesmo! (P2G1).
Eu já vi uma vez... (...) não sei como é não (P3G3).	Eu já usei, mas dessas aí não. Essas daí são horríveis! (P1G2).
	Mulher, sinceramente... essa “camisinha” aí eu não aprovei. (...) Por que quando eu vi aquela bixa, daquele tamanho... (P6G3).

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

A “camisinha” feminina apresenta algumas vantagens em relação à masculina. Pode ser utilizada pela mulher, oferecendo a esta maior autonomia, uma vez que seu uso não depende da negociação com o parceiro. Além disso, pode ser introduzida até oito horas antes da relação sexual (BRASIL, 2006b). Observa-se, todavia, após apresentação do método por meio do vídeo, consenso na não-aceitação.

A “camisinha” feminina, por possuir um tamanho bem maior e ser produzida com um material bem mais espesso do que a “camisinha” masculina, parece ser considerada antiestética e incômoda, sendo vista com estranhamento e rejeição. No Brasil, de forma geral, o uso da “camisinha” feminina é baixo. Esse uso é justificado não apenas pela falta de

conhecimento ou pela menor disponibilidade de insumos nos serviços de saúde, mas também por fatores culturais (PASCOM *et al.*, 2010)

A “camisinha” masculina, diferente da feminina, é um método bastante conhecido pelas participantes do estudo e, de certa forma, esteticamente aceitável. Verifica-se, contudo, que, antes da intervenção de enfermagem, as participantes justificaram o não-uso da “camisinha” masculina, alegando que apresentam reação alérgica ou as incomoda. Após implementação do vídeo, algumas mulheres que tentaram justificar o não-uso, por meio de relatos de casos de falhas do método, foram repreendidas pelas próprias colegas, que tentaram explicar que para o método falhar deve ter ocorrido algum erro por parte de quem a utilizou.

Após se definir os obstáculos ao uso da “camisinha”, discorre-se acerca da identificação de elementos facilitadores. Antes da implementação do vídeo, as participantes dos grupos não quiseram se posicionar. Depois, surgiram ideias acerca de possibilidades de tornar o método mais agradável. As três ideias apresentadas foram a opção por “camisinhas” com aromas, destacadas pela participante P1G1; com espessura mais fina, como refere a participante P8G3; e com tamanho adequado, como ressalta a participante P3G1. É importante destacar aqui a relação entre o contexto do vídeo e o pensamento das participantes do estudo, uma vez que a tecnologia educativa sugeriu, por meio do diálogo entre as personagens, a variedade de “camisinhas” masculinas, sobretudo com sabores diferentes. Essas informações foram destacadas no quadro 23.

Quadro 23 – Obstáculos e elementos facilitadores na utilização da “camisinha” masculina.

ANTES	DEPOIS
Eu mesma não gosto. Eu tenho muita alergia. (P6G3).	(...) mulher, uma amiga minha aconteceu um caso da “camisinha” do marido dela ficar colada no colo do útero. Ela não conseguiu tirar e foi bater no hospital. (P6G3).
Eu já usei, mas não uso por que eu não gosto mesmo, tenho é alergia. (P1G2).	...aí ficou frouxa... (P3G3).
Eu não uso mas eu sei que tem que usar. (...) Incomoda muito. (...) incomoda a mim mesma. (P8G3).	Mulher, olha, é o seguinte: a “camisinha” não é 100%. Não é 100% no caso de doenças contagiosas. Tem uma amiga minha que foi ter relação usando “camisinha”, só a “camisinha”. Aí quando ele tirou o pênis de dentro viu que tinha um furinho. Aí ela engravidou, sem querer, e até hoje ela ta com depressão por causa dessa gravidez. (P6G3).

ANTES	DEPOIS
	<p>Mas ela devia já ta furada, né... Podia tá no bolso há muito tempo... por que “camisinha” é uma coisa que você deve pegar na hora do uso. (P8G3).</p> <p>Quando a “camisinha” tá muito tempo na quentura ela fica mole, resseca... (P4G3).</p> <p>Agora eu me lembrei de uma vez que um homem foi comprar “camisinha” numa mercearia, de uma mulher que ainda por cima era evangélica... (risos) Ele chegou num carrão e pediu bem apressado duas “camisinhas”. A mulher disse logo que lá não era farmácia... (risos) (P3G3).</p> <p>Assim, como falou aí no vídeo, a gente sabe que tem “camisinha” de vários sabores... Tem até a de salada mista (risos)... mas essas de uva, de morango, a pessoa pode ter alergia? (...) (P1G1).</p> <p>Tem uma marca mesmo que é bem fininha, que a pessoa nem sente que ta usando a “camisinha”. (P8G3).</p> <p>Tem “camisinha” de tamanho diferente? Tipo P, M e G? Por que tem pênis que é tão grande que fica até difícil usar a “camisinha”. Quando a gente vai colocar chega estrala. (P3G1).</p>

Fonte: discursos expressos na pesquisa.

Na população de mulheres que estabelecem união estável, o uso da “camisinha” insere-se num âmbito bastante complexo, uma vez que envolve questões de gênero. A confiança no parceiro e a dificuldade em negociar o uso da “camisinha” tornam essa população mais vulnerável.

Nos casos em que algumas mulheres questionaram a confiabilidade da “camisinha” por meio de relatos de falhas, algumas participantes levantaram a hipótese de erro na escolha do tamanho da “camisinha” e da conservação em condições adequadas. Acredita-se que o vídeo foi capaz de fornecer elementos que justifiquem as falhas pelo uso inadequado, conforme lembram as participantes P3G3 e P8G3. Quando pessoas de uma mesma comunidade cultural repadronizam crenças e valores em prol de um cuidado satisfatório e compartilham essa repadronização com os demais de seu convívio, um novo cuidado cultural é elaborado e disseminado (LEININGER, 2002).

Os diálogos no vídeo que envolvem a questão do uso da “camisinha” enfatizam, também, vantagens e opções. Mesmo não havendo possibilidade de averiguar se as participantes utilizarão “camisinha” nas relações sexuais no âmbito da união estável, observou-se interesse pelas opções que podem tornar a “camisinha” masculina um método aceitável e viável entre casais em união estável. Chequer (2010) e Marques (2010) garantem que, em populações mais vulneráveis, são necessários esforço adicional e estratégias específicas, com apresentação de opções para ampliar as oportunidades de desenvolvimento de atitudes favoráveis à saúde.

As estratégias grupais da pesquisa foram encerradas com o diálogo sobre a negociação do uso da “camisinha”. Mesmo sem saber se as participantes vão utilizar o método desde então, buscou-se investigar o impacto do vídeo na perspectiva da prática, ou seja, no desenvolvimento de consciência acerca da necessidade de negociar o uso da “camisinha”.

Se inicialmente a investigação sobre o uso da “camisinha” masculina revelou que o maior obstáculo seria o incômodo ou as reações alérgicas, nesse momento, foram desveladas questões como a não-aceitação por parte do companheiro. As participantes relataram que é difícil convencer o companheiro, porque este pode considerar que o pedido significa traição por parte da mulher ou desconfiança da mulher em relação ao companheiro. Outro aspecto destacado foi que a bebida pode dificultar a negociação e o machismo o diálogo entre casais. Apesar disso, após intervenção de enfermagem, as participantes asseveraram que sabem que precisam utilizar a “camisinha” e que, se não aceitam a feminina, devem negociar o uso da masculina. Essas relações são identificadas nos depoimentos dispostos no quadro 24.

Quadro 24 – Atitude de negociação do uso da “camisinha” masculina.

ANTES	DEPOIS
Eu já tentei até usar... O meu marido perguntou logo: o que é isso amor? (P4G3).	A gente tem que usar, né? Por que é o jeito!(P3G3).
É o mal desses homens, né... não querer fazer com “camisinha”. (P5G2).	Não... agora que eu to entendendo que nós devemos utilizar. Mesmo que eu tenha só ele de homem... mas eu tenho que me prevenir. <i>Eu usar a de mulher ou ele usar a dele.</i> (P1G1).
Por que quando o homem não bebe e não é muito machista é mais fácil convencer ele a usar. Quando o homem é muito machista, ele vai achar que ela ta com outro. (P6G3).	

Fonte: discursos expressos na pesquisa

O domínio masculino na relação estável é uma realidade que influencia negativamente a negociação do uso da “camisinha”. No Nordeste, sobretudo no Ceará, este problema adquire

uma dimensão ainda maior, uma vez que o Estado possui costumes fundamentados na submissão feminina à figura masculina. O grande número de mulheres contaminadas pelo HIV, por exemplo, é atribuído ao machismo ainda vivenciado no Estado e ao aumento de casos entre heterossexuais (MOTA, 2010).

A bebida alcoólica, assim como outros tipos de substâncias psicoativas, conforme explicado anteriormente, prejudicam o julgamento de exposição a riscos e a tomada de decisão em favor de uma prática sexual favorável à prevenção das DST/HIV/aids. Santos *et al.* (2010) também referem o consumo de bebida alcoólica como questão que atua no aumento da vulnerabilidade às DST/HIV/aids.

Ao final da pesquisa, verificou-se que as participantes adquiriram conhecimentos acerca do conceito de DST, de como estas doenças se manifestam no parceiro, das práticas que promovem o risco de contaminação e da vulnerabilidade de casais em união estável e, especificamente, da mulher. Esse impacto foi favorecido, sobretudo, pelo ajustamento da crença de que DST são doenças apenas de mulheres e pela repadronização do mito de que apenas homossexuais e profissionais do sexo estão propensos a adquirir DST/HIV/aids.

Verificou-se atitudes favoráveis à realização periódica de exames diagnósticos, mesmo durante o período gestacional, e ao uso da “camisinha” como método de prevenção, sobretudo em virtude da reflexão sobre a importância de se prevenir em detrimento do risco de perder o companheiro. No domínio da atitude, é válido destacar a atuação do vídeo na repadronização do mito de que gestantes não devem se submeter ao exame ginecológico e no ajustamento do cuidado cultural de uso da camisinha, uma vez que a tecnologia promoveu reflexão acerca do risco ao qual as mulheres estão expostas ao optarem pelo não-uso da “camisinha” em virtude do medo de perder o companheiro. Foram lançadas perspectivas favoráveis à negociação do uso da “camisinha” masculina, sobretudo por conta do impacto do vídeo na apresentação de argumentos a favor da “camisinha”.

A avaliação do impacto do vídeo evidenciou a importância da utilização de tecnologias educativas culturalmente direcionadas no contexto do cuidado de enfermagem, sobretudo quando este tem como foco a elucidação de elementos culturais, no intuito de promover conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis à saúde.

Diante dos resultados avaliados, averiguou-se que a utilização de fatores próprios da cultura das participantes do estudo — tais como ambiente (fator ambiental), formas de comunicação entre pessoas da mesma cultura (fatores sociais), valores culturais (crenças, mitos e tabus), modos de vida (hábitos e costumes do cotidiano das mulheres da comunidade investigada), fatores de companheirismo (relacionamento com o marido ou companheiro de

união consensual) e linguagem (vocabulário característico da cultura investigada) – no desenvolvimento de um vídeo educativo favoreceu a assimilação da mensagem acerca de conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis à prevenção das DST/HIV/aids. Esses fatores, destacados por Leininger (2002) em seu modelo *Sunrise*, quando utilizados em um contexto holístico, têm como finalidade a promoção de um novo cuidado, com base na contribuição da própria comunidade mediante suas crenças e valores. Por ser congruente com a cultura, este novo cuidado, oriundo da preservação, ajustamento ou repadronização de conceitos culturais, tende a ser disseminado na comunidade, não sendo apenas propriedade das participantes deste estudo.

6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento de tecnologias educativas efetivas direcionadas para prevenção das DST/HIV/aids constitui grande desafio. A contextualização de informações que envolvam a aquisição de conhecimento, atitudes e práticas favoráveis à Promoção da Saúde sexual e reprodutiva, em uma linguagem que favoreça a comunicação entre sistemas de saúde e usuários, é uma questão bastante complexa, principalmente por envolver nuances pertencentes a âmbitos além da simples apreensão de informações.

O enfoque de tecnologias educativas na prevenção das DST/HIV/aids, centrado durante tanto tempo na abordagem de grupos de risco ou na abordagem do tema de forma técnica, ocasionou lacunas no âmbito da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva, sobretudo de mulheres que estabelecem união estável. Estas, por não se incluírem nos denominados grupos de riscos, encontram-se vulneráveis, o que evoca atenção ao desenvolvimento de estratégias educativas com este público.

Durante o desenvolvimento do vídeo como tecnologia educativa para prevenção das DST/HIV/aids em mulheres em união estável, notou-se a importância da utilização de elementos informativos provenientes do conhecimento prévio sobre a cultura do público-alvo, como linguagem, visão de mundo, nível educacional, crenças e valores. O desenvolvimento de uma etnografia sobre o DST/HIV/aids em mulheres em união estável que compunham a mesma comunidade investigada neste estudo contribuiu para identificação daqueles elementos, os quais foram devidamente contextualizados no desenvolvimento do vídeo. Verificou-se que a seleção da ideia, do conflito (o que se vai desenvolver), das personagens (quem vai viver o conflito), da ação dramática (como se vai contar o conflito), do tempo dramático (quanto de tempo será necessário para cada cena) e da unidade dramática (roteiro final) deve atrair a atenção do telespectador, facilitar a assimilação do conteúdo e suscitar reflexão, por isso deve se aproximar ao máximo da realidade do público-alvo. Primando pelo enfoque na identificação cultural, comprova-se que a montagem do audiovisual com abertura centrada no questionamento acerca da vulnerabilidade de mulheres em união estável às DST/HIV/aids, seguida pela busca de respostas a este questionamento com mulheres que vivenciam a mesma situação (sistemas de cuidados profissionais) e, por fim, com a figura da enfermeira (sistemas de cuidados profissionais), conseguiu cobrir a temática de forma simples e realista, promovendo reconhecimento das principais questões incluídas nesta teia de relações.

A contribuição de avaliadores do conteúdo e dos aspectos técnicos do vídeo foi substancialmente relevante, principalmente por fornecerem, respectivamente, importantes

dicas sobre nuances evidenciadas na prática da assistência de mulheres em união estável de um modo geral e sobre o desenvolvimento de vídeos caracterizados como educativos. O conteúdo e os aspectos técnicos do vídeo, adequados tanto à necessidade de abordagem plena do conteúdo sobre DST/HIV/aids quanto à necessidade de inserção de recursos técnicos que convidem a telespectadora a assistir ao vídeo e a mantenham concentrada no conteúdo, permitiram a produção de um audiovisual modesto do ponto de vista tecnológico, mas que cumpriu seu objetivo de não apenas informar, mas, sobretudo, de provocar questionamentos que promovam a preservação de cuidados culturais adequados, ajustamento de cuidados culturais que necessitavam ser negociados, a fim de instituir práticas de saúde satisfatórias e repadronização de cuidados culturais que predispunham as participantes do estudo ao risco de contrair DST/HIV/aids.

A implementação do vídeo educativo por meio da técnica de grupo focal revelou a importância da utilização de audiovisuais em um contexto interativo. Utilizado como um meio, e não como um fim em si mesmo, a implementação do vídeo seguida pela discussão em foco ofereceu às participantes do estudo a oportunidade de expressarem e compartilharem medos, dúvidas, angústias e experiências em um contexto de interação grupal. A técnica empregada na implementação do vídeo permitiu, ainda, o fornecimento de contribuições àquelas integrantes da comunidade que em muito contribuem para pesquisas no âmbito da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva. Desta maneira, o grupo focal possibilitou não apenas a formação teórica de conceitos e comprovação de hipóteses, mas também a aplicação destes na prática, valorizando a responsabilidade social da universidade na implementação de ações nas comunidades e com as comunidades.

A avaliação do impacto do vídeo educativo como tecnologia para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável foi possível por meio da identificação de elementos que, expressos livremente e em interação grupal, possibilitaram a análise da importância dos pressupostos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) na elaboração de intervenções educativas no âmbito das DST/HIV/aids. Após implementação do vídeo foi possível identificar não apenas a aquisição de conhecimentos e mudanças de atitudes que visem a uma prática de cuidado cultural benéfica, mas também à pronta assimilação de conceitos tal qual foram apresentados no vídeo. A utilização de elementos do vocabulário cultural das participantes foi tão válida que resultou em um efeito interativo, ou seja, a utilização, por parte das participantes, de termos apresentados no vídeo. Essa troca significa uma comunicação efetiva entre sistemas de cuidados profissionais e sistemas de cuidados populares. O vídeo configurou-se como elo entre esses sistemas. Ao

apresentar o conhecimento científico por meio de uma linguagem congruente com a cultura, abordando justamente crenças, mitos e tabus específicos do contexto cultural investigado, o vídeo reuniu valor ao que as participantes conheciam, às atitudes que possuíam e às práticas na prevenção das DST/HIV/aids.

Confirma-se a tese, concluindo que um vídeo educativo direcionado para a realidade cultural da comunidade e realizado com base em uma abordagem dialógico-reflexiva constitui tecnologia de impacto para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável. Vale também ressaltar, então, a aplicabilidade da TDUCC no desenvolvimento, implementação e avaliação de tecnologias educativas direcionadas para prevenção das DST/HIV/aids, sobretudo em públicos que apresentam características culturais específicas que os predispõem ao risco.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

A proposta de desenvolvimento, implementação e avaliação de uma tecnologia educativa constituiu continuação de estudo anterior, em que foram realizados a investigação e o diagnóstico cultural de mulheres em união estável de uma comunidade específica. Por tal razão, o estudo se limitou a abordar crenças, mitos e tabus do referido público. Essa abordagem direcionada foi importante para fornecer um cuidado congruente com a cultura e comprovar a tese de que um vídeo educativo direcionado para a realidade cultural da comunidade e feito com base em uma abordagem dialógico-reflexiva constitui tecnologia de impacto para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável. Ressalta-se, contudo, que o direcionamento da tecnologia para um público específico limitou o estudo, uma vez que outros grupos culturais, não contemplados nesta investigação, também podem estar expostos ao risco de DST/HIV/aids.

A avaliação centrada no impacto do vídeo como tecnologia educativa para prevenção das DST/HIV/aids também consiste em uma limitação do estudo, uma vez que não se objetiva avaliar os resultados dessa tecnologia. A aplicação do conhecimento adquirido e das atitudes formuladas para a prática ainda permanecem uma incógnita, apesar de as participantes terem demonstrado mudança de atitude que fazem se vislumbrar uma prática sexual mais saudável. É de se reconhecer, contudo, a importância de avaliação posterior que verifique os resultados da implementação do vídeo, a qual deverá ser realizada em longo prazo.

Então, recomenda-se que estudos semelhantes sejam desenvolvidos com outros públicos, sobretudo com aqueles que, por questões culturais, se encontram vulneráveis às DST/HIV/aids, tais como surdos, idosos e usuários de drogas; bem como a importância da realização de estudos similares com mulheres em união estável em outros ambientes culturais, a fim de ressaltar o caráter transcultural do cuidado de enfermagem, o qual pode possuir diferenças e similaridades nas diversas culturas. Indica-se, ainda, a realização de estudo que avalie posteriormente os resultados da implementação do vídeo, com enfoque na investigação das práticas adotadas, visando à prevenção das DST/HIV/aids no âmbito da relação estável.

REFERÊNCIAS

- ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. **Psicologia social: perspectivas psicológicas y sociológicas**. Madrid: McGraw-Hill, 2003.
- ALVES, M. D. S. **Papilomavírus e mal-estar: representações sociais de homens e mulheres**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2004.
- ANDRADE, C.; ALBUQUERQUE, E.; MAIA, H. **Falando sobre DST/AIDS: o papel da mídia**. Disponível em: <BBBBBBBBBN 78>. Acesso em: 17 nov. 2007.
- ARÁN, M. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. **Rev. Estud. Fem.**, v. 11, n. 2, p. 399-422, 2003. Disponível em: <<http://www.portalfeminista.org.br>>. Acesso em: 22 out. 2006.
- AUMONT, J. **A imagem**. Campinas: Papyrus, 1993.
- BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed.70, 2009.
- BASTOS, F. I. P. A nova agenda internacional e brasileira em política de drogas e prevenção do HIV/aids entre usuários de drogas. *Tempus. Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 113-130.
- BERNARDET, J.C. **Cineastas e imagens do povo**. São Paulo: Companhia das Letras; 2003.
- BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Prevenções das doenças sexualmente transmissíveis: narrativas em uma área de espera. **Rev RENE**, v. 8, n. 1, p. 18-25, 2007.
- BORGES, S. N. **Metamorfoses do corpo: uma pedagogia freudiana**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília, 2009a.
- _____. **História da aids**. 2009a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 dez. 2009b.
- _____. **DST e aids na mídia**. 2009c. Notícias do departamento de DST, aids e hepatites virais. Campanha do dia mundial de luta contra a aids aborda preconceito contra soropositivos. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 dez. 2009.
- _____. **Notícias do programa nacional DST/aids**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 8 ago. 2008.

_____. **Conhecimento do preservativo feminino.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 2 jun.2006a.

_____. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** 2006b. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, DF, 2006c.

_____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da saúde. **Promoção da Saúde.** (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, declaração de Santafé de Bogotá, Rede dos mega-países, Carta de Otawa, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, declaração do México). Brasília, DF, 2001.

BROWN, E. J.; SMITH, F. B.; HILL, M. A. HIV risk reduction in rural African American women who use cocaine. **Women Health**, v. 46, n. 2/3, p. 77-97, 2007.

BROWN, N. C.; TAYLOR, E. D.; MULATU, M. S.; SCOTT, W. Demographic correlates of HIV testing, high-risk behaviors, and condom/STD consultation among a multi-ethnic sample of women. **Women Health**, v. 46, n. 2/3, p. 59-76, 2007.

BRUNO, Z. V. Meios de comunicação versus DST e Aids. In: PASSOS, M. R. L. **Deesetologia.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

CATRIB, A. M. F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAÍDE, M. B. C.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. 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.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach.** St. Louis: Mosby, 1995.

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.

CLOTET, J.; GOLDIM, J. R.; FRANCISCONE, A. F. (Org.). **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil.** Porto Alegre: EDIPURS, 2000.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática.** São Paulo: Sammus; 2009.

COSTA, M. H.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, L. B.; GIRÃO, S. S. F. M.; CARNEIRO, E. P.; COSTA, A. A. S. A enfermagem e o CEDEFAM: uma trajetória de conquistas e avanços. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.) **Saúde da família: espaço de incertezas e possibilidades.** Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005

CROSBY, R. A.; DICLEMENTE, R. J.; WINGOOD, G. M.; SALAZAR, L. F.; HEAD, S.; ROSE, E.; MCDERMOTT-SALES, J. Sexual agency versus relational factors: a study of condom use antecedents among high-risk young African American women. **Sex. Health**, v. 5, n. 1, p. 41-47, 2008.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **R. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p

DWORKIN, S. L.; BECKFORD, S. T.; EHRHARDT, A. A. Sexual scripts of women: a longitudinal analysis of participants in a gender-specific HIV/STD prevention intervention. **Arch. Sex. Behav.**, v. 36, n. 2, p. 269-279, 2007.

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.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, supl.2, p. s240-s250, 2009.

FIOCRUZ. Acervo. **Audiovisuais**. <http://www.fiocruz.br>. Acesso em: 04 nov. 2009.

FIORENTINI, R.; CARNEIRO, V. L. **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, DF: Universidade de Brasília, 2002.

FORD, K.; WIRAWAN, D. N. Condom use among brothel-based sex workers and clients in Bali, Indonesia. **Sex. Health**, v. 2, n. 2, p. 89-96, 2005.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Trad. Antônio Luz da Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

GATTÁS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. P. A interdisciplinaridade na educação. **Rev. Rene.**, v. 8, n. 1, p. 78-84, 2007.

GERBER, R. Glauber Rocha e a experiência inacabada do Cinema Novo. In: GOMES, P. E. S. *et al.* **Glauber Rocha**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

HOMAI FAR, N.; WASIK, S. Z. Interviews with senegalese commercial sex trade workers and implications for social programming. **Health Care Women Int.**, v. 26, n. 2, p. 118-133, 2005.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.35, n. 2, p. 115-121, jun.2001.

JONAS, H. **Ética, medicina e técnica**. Trad. Antônio Fernando Cascais. Lisboa: Passagens, 1994.

KRUEGER, R. A. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

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

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theoria of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice**. [S.l.]: Mc Graw-Hill, 2002.

LOPES, M. V. de O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais**. 2001. 123 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

MACPHAIL, C.; PETTIFOR, A. E.; PASCOE, S.; REES, H. V. Contraception use and pregnancy among 15-24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey. **BMC Med.**, v. 5, p. 31, 2007.

MARINHO, L. A. B; COSTA-GRUGEL, M. S; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto exame das mamas nos centros de saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

MAROCO, J. **Análise Estatística com utilização do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

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

MEIER, M. J. ; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.12, n.3, p. 394-399, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MORENO, C. L.; EL-BASSEL, N.; MORRILL, A. C. Heterosexual women of color and HIV risk: sexual risk factors for HIV among Latina and African American women. **Women Health**, v. 45, n. 3, p. 1-15, 2007.

MOTA, R. 95% dos municípios do CE têm casos de aids. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, p. 13, 01 dez. 2010.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Identificação de grupos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Bras. Coloproctol.**, v. 23, n. 2, p. 128-129, 2003.

NAIDOO, J.; WILLS, J. Evaluation in health promotion. In: WILLS, J.; NAIDOO, J. **Health promotion: foundations for practice**. Cap. 19. Bailliere: Tindall, 2000. p. 369-389.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; PAGLIUCA, L. M. F. Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 1, p. 130-135, 2007.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Knowledge about contraceptives in a population 15 years or older in a southern Brazilian city. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, 2005.

PARANJAPE, A.; BERNSTEIN, L.; GEORGE, D. M.; DOYLE, J.; HENDERSON, S.; CORBIE-SMITH, G. Effect of relationship factors on safer sex decisions in older inner-city women. **J. Womens Health (Larchmt)**, v. 15, n. 1, p. 90-97, 2006.

PARIS, S. M. J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. **Folha Médica UNIFESP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 41-5, 1999.

PASCOM, A. R. P.; FERRAZ, D. A. S.; ARRUDA, M. R.; BRITO, I. Conhecimento e práticas sexuais de risco associados ao HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. Tempus. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 113-130, 2010.

PASSOS, M. R. L. **Deesetologia: DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

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

POLIT, D. T.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa m enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO, S. T. O.; FALCÃO JUNIOR, J. S. P.; FREITAS, L. V.; LOPES, E. M.; PINHEIRO, A. K. B.; AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B. Gravidez e DST: práticas preventivas entre universitários. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 2, p. 148-155, 2006.

RAGSDALE, K.; DIFRANCEISCO, W.; PINKERTON, S. D. Where the boys are: sexual expectations and behaviour among young women on holiday. **Cult. Health Sex**, v. 8, n. 2, p. 85-98, 2006.

RAIFORD, J. L.; WINGOOD, G. M.; DICLEMENTE, R. J. Correlates of consistent condom use among HIV-positive African American women. **Women Health**. v. 46, n. 2/3, p. 41-58, 2007.

REIS, R. K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 32-37, 2005.

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

ROSENTHAL, D.; OANHA, T. T. Listening to female sex workers in Vietnam: influences on safe-sex practices with clients and partners. **Sex. Health**, v. 3, n. 1, p. 21-32, 2006.

SANDERS, S. A.; GRAHAM, C. A.; YARBER, W. L.; CROSBY, R. A.; DODGE, B.; MILHAUSEN, R. R. Women who put condoms on male partners: correlates of condom application. **Am. J. Health Behav.**, v. 30, n. 5, p. 460-466, 2006.

SANTOS, V. L.; BERMÚDEZ, X. P.; TOLEDO, L. M.; CRUZ, M. M.; MOREIRA, E. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e aids na população indígena. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 113-130.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2000.

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

SETZER, V. W. Dado, informação, conhecimento e competência. **DataGramZero**: Revista de Ciência da Informação, n. 0, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.ime.usp.br/~vwsetzer>>. Acesso em: 09 out. 2010.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-130, jan/mar. 2009.

SOUSA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; PAGLIUCA, L. M. F. Da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 321-325, jul./set. 2009.

SOUSA, L. B.; AQUINO, P. S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 107-112, jan/mar. 2008

SOUSA, L. B. **DST no âmbito da relação estável**: análise cultural com base na perspectiva da mulher. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

STARK, A. M.; HOPE, A. Aboriginal women's stories of sexually transmissible infection transmission and condom use in remote central Australia. **Sex. Health**, v. 4, n. 4, p. 237-242, 2007.

STEPKE, F. L. **Muito além do corpo**: a construção narrativa da saúde. Trad. Thiago Gambi. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

TANNAHILL, A. Health education and health promotion: planning for the 1990s. **Health Educ. J.**, v. 49, p. 194-198, 1990.

UNAIDS. **Fatos e números**: campanha mundial e aids. Genebra, 1999.

VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V. H. F. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 69-83, 1999.

VILLELA, W. V. Saúde sexual e reprodutiva como direitos humanos. In: PASSOS, M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

VON SADOVSZKY, V.; RYAN-WENGER, N.; GERMANN, S.; EVANS, M.; FORTNEY, C. Army women's reasons for condom use and nonuse. **Womens Health**. v. 8, n. 3, p. 174-180, 2008.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

ZILLES, U. **Teoria do conhecimento e teoria da ciência**. São Paulo: Paulus, 2005.

	<p>(OT) Mas existe uma coisa que pode estragar tudo isso: as doenças sexualmente transmissíveis, também conhecidas como DST.</p>
<p>4- CORTE/ Imagens de arquivo com efeito para não identificar rostos Casais homossexual masculino Profissionais do sexo abordando homens em ambiente promíscuo</p> <p>Congela imagens Apresentadora entra</p> <p>Ao FUNDOS IMAGENS DE UM CASAL</p> <p>negociando o uso da “camisinha”.</p>	<p>APRESENTADORA (OF) – Durante muito tempo se acreditava que somente homossexuais e profissionais do sexo poderiam ter doenças sexualmente transmissíveis...</p> <p>(OT) Hoje sabemos que qualquer pessoa que mantenha relação sexual com outra pessoa contaminada pode ter uma doença sexualmente transmissível, ou mesmo a aids, mesmo que a pessoa contaminada não apresente nenhum sintoma.</p> <p>APRESENTADORA(OT)</p> <p>(OT)Sabemos também que temos como nos prevenir . Isso mesmo !O importante é se prevenir!</p>
<p>5- CORTE/Imagem de homens e mulheres.</p>	<p>APRESENTADORA (OF) – As doenças sexualmente transmissíveis não são doenças apenas de mulheres. Homem e mulheres podem ser contaminados .</p> <p>O homem às vezes não apresenta nenhum sintoma. Na mulher pode ser diferente! Importante ficar atenta pois o organismo da mulher apresenta os sintomas com maior facilidade por conta de sua anatomia, de seu formato.</p>
<p>6- CORTE/Imagens de gestantes e puérperas.</p>	<p>APRESENTADORA (OF) – Quando contaminadas, as mulheres podem ter parto prematuro, abortos, ficar estéril,desenvolver câncer de colo de útero e outros problemas à saúde.</p>
<p>CORTE/APRESENTADORA que tem nas mãos “camisinhas”</p>	<p>APRESENTADORA (OF) - Para prevenir DST e aids não basta apenas ter higiene, é preciso usar “camisinhas” em TODAS as relações. Isso é prevenção!</p>
<p>7- APRESENTADORA outro ângulo.</p>	<p>APRESENTADORA (OT)</p> <p>Lembre-se que as doenças sexualmente</p>

	<p>transmissíveis podem contaminar casais que vivem juntos há anos, mesmo que nem o homem nem a mulher tenham tido relações com outras pessoas.</p> <p>Acompanhe nossas imagens!</p>
<p>8- CORTE/Em ambiente de cozinha, com fogão, geladeira e mesa com quatro cadeiras.</p> <p>Marlene, 33 anos de idade, estatura mediana, morena, está fazendo café e conversando com sua amiga Erivanda.</p> <p>Erivanda, 29 anos de idade, baixa, morena, está sentada em uma das cadeiras.</p> <p>Movimentação de câmera conforme fala das personagens a cargo do diretor. Importante evidenciar expressões</p>	<p>ERIVANDA (CURIOSA) - Mulher, e como é que tá tua vizinha? Tu tem notícia dela ,tem falado com ela esses dias?</p> <p>MARLENE (ESPANTADA) – Notícia de quê? Quê que ela tem?</p> <p>ERIVANDA (SURPRESA) –Tu não soube não? Ela tava com uma doença que se pega no sexo, uma DST (OT) Faz um tempinho já... ela tava até fazendo um tratamento aí.</p> <p>MARLENE (CURIOSA) – Não, eu não tava sabendo disso não!</p> <p>ERIVANDA – Pois foi, minha filha!Parece que ela pegou um vírus aí, transmitido na relação sexual.</p> <p>MARLENE (SURPRESA) – Tu tem certeza, criatura? Isso num é invenção do povo não?</p> <p>ERIVANDA (RISO IRÔNICO)</p> <p>MARLENE – eu digo assim por que ela é tão saudável, tão limpa...</p> <p>ERIVANDA – Mulher, foi ela mesma que me disse.</p> <p>MARLENE – E como foi que ela pegou isso, criatura?</p> <p>ERIVANDA – Num sei, mulher! Engraçado que ninguém nunca ouviu falar daquele homem com mulher.(.Ot). pra você ver... Mas a enfermeira explicou pra ela que, tanto ela quanto ele, podem ter</p>

<p>Marlene apaga o fogo do café e senta de frente pra Erivanda. Ao FUNDO Um homem ,em imagem difusa encontra-se sentado ouvindo rádio . As duas falem em sussurros Ao fundo marido aumenta o rádio (música regional contemporânea)</p>	<p>pegado esse vírus antes de eles se conhecerem e esse vírus ter ficado incubado. Por isso ela pode ter ficado doente só agora .</p> <p>MARLENE – Incubado como, mulher?</p> <p>ERIVANDA (TENTANDO EXPLICAR) – Mulher...como é que eu posso dizer..O vírus ficou lá tipo adormecido! (ot) Por exemplo, como tanto ele como ela tiveram relação com outras pessoas antes de se juntarem, podem ter pegado o vírus, mas o vírus não apareceu esse tempo todo. Aí só agora ela apresentou esse problema.</p> <p>MARLENE (CURIOSA) - Tu quer dizer que mesmo que nem ele nem ela tenham ficado com outra pessoa depois de juntos eles ainda podem transmitir doença?</p> <p>ERIVANDA - É sim, minha filha!</p> <p>MARLENE - Mulher, pois taí que amanhã mesmo eu vou é no posto de saúde! (ot)Vou, minha filha, já vi que com doença sexualmente transmissível ninguém brinca não!</p> <p>(OT)E esse daqui de casa já teve outras mulheres antes de mim. Vai que ele tenha algum vírus desses aí e tenha passado pra mim!!! Por que se tiver um negócio desses, a gente descobrindo já trata logo.</p> <p>AUDIO MÚSICA REGIONAL</p>
<p>9- CORTE/ APRESENTADORA ESTÁ COM uma profissional de enfermagem em Ambiente de consultório de enfermagem AS DUAS ASSISTEM O DIÁLOGO APRESENTADO Apresentadora irá realizar uma entrevista com a enfermeira.</p>	<p>APRESENTADORA – Dra. ..., vimos, neste episódio apresentado ,que muitas mulheres acreditam que só podem pegar doenças sexualmente transmissíveis quando um dos dois tem relação com outra pessoa durante o tempo em que estão juntos. (OT) Isso é verdade? Situações como essa são sempre presenciadas pela senhora?</p> <p>ENFERMEIRA – Acontece muito! Muitas mulheres pensam que se estão numa união estável nunca terão possibilidade de desenvolver doenças transmitidas sexualmente .(ot) O que não é verdade . Por que um dos dois pode ter tido relações sexuais antes de se conhecerem, não terem usado</p>

<p>APRESENTADORA e profissional continuam vendo o episódio.</p>	<p>“camisinha” e ter pegado algum tipo de doença sexualmente transmissível.</p> <p>Apresentadora – Como saber se estamos contaminadas?</p> <p>ENFERMEIRA-</p> <p>Os exames de prevenção são essenciais ! Esse tipo de doença pode até nem se apresentar com sintomas, como corrimento, verrugas, ferimentos ou dor, mas pode estar no período de incubação, ou seja, como Edivânia lá do episódio que vimos ,chamou: “podem estar adormecidos”.</p> <p>(OT) Além disso, é muito comum apenas a mulher apresentar sintomas, isso por que o formato do corpo feminino facilita a entrada e instalação de vírus e bactérias, e aí eles têm um ambiente mais favorável para se desenvolverem.</p> <p>APRESENTADORA –Vamos continuar vendo o episódio ?</p> <p>ENFERMEIRA –Claro !</p>
---	---

10- CORTE/Continuação do episódio
CENA 2

Onde Marlene chega ao posto de saúde para realizar o exame de prevenção do câncer de colo uterino.

Marlene é recebida e encaminhada pela recepcionista no “posto”

Marlene se dispõe no sofá da sala de espera, onde encontra outras três mulheres que também realizarão exame de prevenção do câncer de colo uterino. As mulheres conversam animadamente

Vanessa: 19 anos de idade, casada há três anos.

Ana Maria: 39 anos de idade, separada. Mora com o segundo companheiro há 12 anos. Mãe de quatro filhos.

Cláudia: 27 anos de idade, mora com companheiro há sete anos.

MARLENE (MOSTRANDO OS DOCUMENTOS) – Bom dia! É por que eu tenho uma consulta com o enfermeiro pra hoje...é prevenção.

ATENDENTE (PREENCHENDO OS DADOS E DE CABEÇA BAIXA) – Só um momento... (OT) pronto! Pode sentar ali e aguardar que eu chamo.

VANESSA (EUFÓRICA) - Não tem como fazer o homem usar não... quem disser que tem tá mentindo! Por que homem mesmo não gosta.

(OT)E depende dele querer usar.

(ot)Taí, o meu eu até tentei usar no começo, quando eu não conhecia ele direito... mas ele não queria. Aí eu fiquei usando só a pílula mesmo, por que eu me dou com a pílula.

(OT)A doutora disse que eu posso usar a pílula pra evitar gravidez, mas que não protege das doenças sexualmente transmissíveis e nem da aids.

(OT) Mas aí é que tá... eu confio nele. Por mim não tinha problema em ele usar “camisinha”, mas ele não quer. Mas também, como eu confio nele, sei que ele não anda com mulher, sei que não tem perigo.

CLÁUDIA - Mas por que tu não conversa com ele pra ele usar! Por que se a doutora fala que a “camisinha” protege, é por que protege mesmo....

VANESSA - Só se for pra eu perder o homem de vez! Minha filha, tá cheio de meninazinha por aí que faz sem “camisinha” e tudo. Se eu for ficar exigindo isso dele, ele vai acabar é me deixando.

(OT)Tem jeito não, mulher, homem não gosta! Se a gente botar banca, quem perde é a gente. E como eu te falei, não tem nem perigo de ele passar DST pra mim por que ele num é desses que tem mulher por fora. Eu me garanto, minha filha!

<p>Todas olham para Cláudia com curiosidade.</p>	<p>ANA MARIA - Ah, querida!!! Vai nessa! (OT) Primeiro que você não pode colocar a mão no fogo por ele... (OT) e outra que, mesmo que seu marido seja fiel, ele pode ter alguma doença que pegou antes de te conhecer. (OT) E você mesmo pode ter pegado alguma doença e ter passado pra ele. Aí complica, por que você passa pra ele, ele passa pra você, você passa pra ele de novo, e aí vai... Não tem tratamento que dê fim nisso. Por que você não quer usar “camisinha” e ainda acha que não tem perigo de pegar doença!</p> <p>VANESSA (INSEGURA)- Se ele tivesse alguma coisa eu já tinha percebido...</p> <p>CLAÚDIA - Vem cá...me diz uma coisa... Tu sabe dizer se uma pessoa tem uma doença sexualmente transmissível só olhando pra cara dela?</p> <p>VANESSA- (dúvida)</p> <p>CLAUDIA - Claro que não, né! Se fosse assim ERA MUITO BOM! Da mesma forma algumas outras DST não apresentam nenhum sintoma no homem... Se tu não usar “camisinha”, pode pegar aids e qualquer outra doença, caso ele tenha é claro!.</p> <p>VANESSA (IRÔNICA) - Sim... e você? Casada há um tempão também..(ot).você usa “camisinha”?</p> <p>CLÁUDIA - Vanessa, vou lhe responder com toda sinceridade.</p> <p>ÁUDIO – SUSPENSE.</p> <p>(OT) Uso sim e em todas as relações, desde quando a gente começou o namoro. (OT)E tem mais... (OT) tanto eu quanto ele fazemos exames todo ano, pra saber como está a saúde da gente né?. Além disso, eu tô sempre de olho em mim e nele, pra ver se não aparece nenhum corrimento estranho, nenhuma verruga, ferida, pus ou alguma dorzinha diferente quando a gente vai fazer xixi ou durante as relações.</p>
--	---

<p>Todas se entreolham.</p>	<p>ANA MARIA (SINAL DE APROVAÇÃO) - Olha aí! Você é que tá certa, minha filha. Se eu tivesse sido assim com meu primeiro marido não teria passado pelo sufoco que eu passei... Imagine aí, eu grávida, descobri que tava com tricomoníase. Era um corrimento muito fedorento, esverdeado. E quando a gente ía ter relação eu também sentia uma dor. Quase que eu tive um problema mais sério com minha gravidez, porque se eu não tivesse descoberto logo e tratado, tinha perigo de romper a minha bolsa e o menino nascer antes do tempo, ou até de abortar! Foi um tratamento sério! Tanto eu como meu ex-marido tomamos um remédio. E a enfermeira me disse que eu peguei por que não usei “camisinha”!</p> <p>VANESSA (SE DIRIGINDO Á CLÁUDIA) - E tu, mulher? Como é que tu consegue mandar teu marido usar “camisinha”?</p> <p>CLÁUDIA - Conversando, minha filha! Não tem aquele ditado “é conversando que a gente se entende”? Pois então!</p> <p>(OT) Antes da gente ter relação a gente já falava muito sobre isso. Eu disse a ele: “...quando o homem usa “camisinha” eu me sinto mais à vontade.”. Expliquei pra ele que isso não tem nada a ver com desconfiança, mas sim por que como tanto ele quanto eu tivemos outras relações, eu preferia usar a “camisinha” pra evitar que alguma DST que pudesse estar incubada fosse transmitida sem a gente saber.</p> <p>Vanessa (risos) - Tu teve coragem de falar isso tudo com ele?</p> <p>Cláudia - Tive sim! A gente conversa muito, sabe... a gente negocia...(rsrsrs).</p> <p>(OT) Por exemplo, fui mostrando pra ele que tem como a gente se divertir muito na relação sexual com “camisinha”. Às vezes eu coloco a “camisinha” nele e ele adora. Homem gosta de falar sobre sexo com a mulher. E aí é bom pra mim também, por que me protejo.</p> <p>(OT)É tão interessante... por que a gente se acostuma com a “camisinha”. Aí não é sacrifício</p>
-----------------------------	---

	<p>nenhum usar. Pelo contrário!</p> <p>(OT)Digo logo uma coisa: quando um homem quer ter relação com uma mulher, ele faz de tudo, até topa usar “camisinha”... Mas é bom sempre ter uma por perto, pra não quebrar o clima procurando a “camisinha” na hora H... (rsrsrs).</p> <p>TODAS – RISOS.</p>
<p>11- COTE/Ambiente de consultório com balcão, papéis, mesa ginecológica. Marlene entra no consultório e encontra a enfermeira.</p>	<p>Marlene - Bom dia, doutora!</p> <p>Enfermeira - Bom dia, Marlene! Exame preventivo, não é?</p> <p>(OT)Faz um tempinho que você não vem!</p> <p>Marlene - Pois é, doutora... vou fazer o exame também...mas vim mesmo pra conversar com a senhora... me diga uma coisa: se um casal vive junto há anos, e ninguém traiu ninguém, pode aparecer uma DST?</p> <p>Enfermeira - Não só pode como pesquisas recentes mostram que muitas mulheres casadas ou juntas estão sendo contaminadas por DST e pelo HIV por que pensam que não têm risco de pegar doença. Marlene, alguns microorganismos podem contaminar uma pessoa, ficar dentro dela durante muito tempo sem causar sintomas e serem transmitidos durante anos. É o caso, por exemplo, da aids e do HPV.</p> <p>Marlene - Quer dizer que meu companheiro pode ter sido contaminado nas relações que ele teve antes de mim, não apresentar nenhum sintoma até hoje, estar carregando um vírus e me contaminar?</p> <p>Enfermeira - Exatamente. E se você teve relação sexual com outra pessoa sem “camisinha” antes da união com seu atual companheiro, também pode estar contaminada e ter passado DST pra ele. Mesmo que você não tenha sintoma algum. Por isso é importante que o casal use “camisinha” e observe sempre seus órgãos sexuais, pra ver se tem algum</p>

<p>Imagens e caracteres em sintonia – Imagens de arquivo</p> <p>Após a fala de cada sinal de DST, mostrar a figura correspondente para explicar.</p> <p>Destacar com efeitos de computador: A “CAMISINHA” É O MELHOR MÉTODO DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS</p>	<p>sinal ou sintoma estranho, como: bolhas, verruga, corrimento, feridas, ínguas...</p> <p>Marlene - E dá pra confiar na “camisinha” mesmo?</p> <p>Marlene - A “camisinha” é uma capinha bem fina, mas muito resistente. Só falha quando não é utilizada corretamente. Ela protege da maioria das DST e da aids...</p> <p>(OT) Algumas DST podem se localizar num local onde a “camisinha” não cobre, como as bolhas causadas pelo vírus da herpes, que podem se localizar na virilha. Pois isso a gente orienta que além da “camisinha” o casal observe sempre seus órgãos genitais e, se notarem qualquer sinal ou sintoma de DST, venha imediatamente ao posto de saúde. Mas é importante lembrar que A “CAMISINHA” É O MELHOR MÉTODO DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS para casais que não querem deixar de manter relações sexuais. Felizmente a “camisinha” protege contra as DST mais graves!</p> <p>Marlene - Doutora, pois me explique como se usa corretamente? Por que agora lá em casa eu só vou fazer usando “camisinha”...vou tentar convencer o homem lá. (rs)</p> <p>Enfermeira - Ah, Marlene! Que bom! Vocês vão conseguir sim... deixa eu te explicar como é que se usa corretamente...</p> <p>(OF) ...Voz vai sumindo ...</p>
--	---

<p>Enfermeira ensina, passo - a - passo, como utilizar a “camisinha”. Usa um modelo anatômico.</p>	<p>Áudio SOBE E DESCE</p>
<p>12- CORTE / APRESENTADORA no ambiente de consultório onde via a cena com a enfermeira DIRIGE-SE A ENFERMEIRA QUE ASSISTIA O DVD com ela EM CROMA Imagem episódio</p> <p>Apresentadora fala. Enfermeira da a mensagem</p> <p>CARACTERES EM RODAPÉ ACOMPANHAM FALA DA ENFERMEIRA</p> <p>Apresentadora dirige-se para a câmera</p>	<p>APRESENTADORA Ainda existem muitas pessoas cheias de dúvidas sobre as DST e a aids não é doutora Acho que este episódio veio esclarecer muitas dúvidas não é verdade? (ot) E alertar é claro!. ENFERMEIRA – O que deve ficar como mensagem para essas mulheres é que</p> <p>(A ENFERMEIRA DEVE MANDAR UMA MENSAGEM COM OS PRINCIPAIS PASSOS PARA UMA BOA PREVENÇÃO)</p> <p>APRESENTADORA agradece a participação da ENFERMEIRA E DIRIGE-SE À TELESPECTADORA Agora que você já descobriu e aprendeu muita coisa, que tal tomar uma atitude, ajudar no combate a essas doenças? Você pode começar conversando com seu marido, companheiro ou namorado sobre a importância da “camisinha”! Converse também com sua família, vizinhos e amigos, e fale para que eles também conversem sobre isso com outras pessoas. Áudio sobe e desce</p>
<p>13-CORTE/Enfermeira, apresentadora e Marlene aparecem em WIPE DANDO MENSAGENS, formando quadro split personagens entram,deixando sua mensagem .</p>	<p>CLÁUDIA - Negocie com seu parceiro o uso da “camisinha” nas relações sexuais.</p>

APRESENTADORA - Você, que é mulher, tem um grande poder em suas mãos: o de proteger sua saúde e a saúde de seu parceiro.

Tome uma atitude!

Prevenção é fundamental!

MARLENE - Nunca é tarde para começar a se proteger! Mostre que você tem atitude e que a saúde de seu corpo está em primeiro lugar.

ÁUDIO INSTRUMENTAL DO INÍCIO DO PROGRAMA –sobe e desce

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS EM MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL – AVALIADOR DE CONTEÚDO

Nome do avaliador: _____

Instruções:

Analise cuidadosamente o roteiro do vídeo educativo. Em seguida, responda às perguntas utilizando a abreviatura que melhor representar o grau atingido em cada critério.

Valoração:

A- de Acordo

AP- de Acordo em Parte

D- em Desacordo

NA- Não se aplica

1. OBJETIVOS: referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio da prática com o vídeo educativo.

1.1 São coerentes com a prática de enfermagem.	A	AP	D	NA
1.2 São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de promover reflexão a respeito da prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	A	AP	D	NA
1.3 O nível dos objetivos propostos está adequado para serem efetivados.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

2. CONTEÚDO – Refere-se à forma de apresentar o vídeo, isso inclui sua organização geral, sua estrutura, estratégia de apresentação e suficiência.

2.1O conteúdo corresponde aos objetivos propostos no trabalho.	A	AP	D	NA
2.2 O roteiro do vídeo é apropriado para a clientela.	A	AP	D	NA
2.3 Os conteúdos atingem com precisão o escopo do tema.	A	AP	D	NA
2.4 As informações que o roteiro apresenta estão corretas.	A	AP	D	NA
2.5 Segundo o roteiro, o vídeo apresenta um número de cenas e um tempo suficiente para o conhecimento das participantes.	A	AP	D	NA
2.6 O estilo de redação do vídeo está compatível com o nível de conhecimento das participantes.	A	AP	D	NA
2.7 As estratégias utilizadas estão compatíveis para a prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	A	AP	D	NA
2.8 As cenas que pretendemos colocar no vídeo não refletem discriminação.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

3. RELEVÂNCIA: Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

3.1 Os itens ilustram aspectos importantes para prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	A	AP	D	NA
3.2 Os itens são relevantes para que a mulher reflita sobre a importância de prevenir DST/HIV/aids, mesmo no contexto de uma união estável. Permite transferência e generalização do conteúdo aprendido a diferentes situações vivenciadas pela mulher.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

4. AMBIENTE: Refere-se à característica que avalia o cenário que será apresentado no vídeo.

4.1 O ambiente é adequado para transmissão do vídeo.	A	AP	D	NA
4.2 O ambiente propõe ao aprendiz adquirir conhecimento a partir da experiência do vídeo e dos ensinamentos propostos pela pesquisadora.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS EM MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL - AVALIADOR TÉCNICO

Nome do avaliador: _____

INSTRUÇÕES:

Analise cuidadosamente o roteiro do vídeo educativo. Em seguida, responda às perguntas utilizando a abreviatura que melhor representa o grau atingido em cada critério.

VALORAÇÃO:

A - de Acordo

AP - Acordo em Parte

D - Desacordo

NA - Não se Aplica

1. **FUNCIONALIDADE:** Refere-se às funções que são previstas pelo vídeo educativo e que estão dirigidas a satisfazer as necessidades de reflexão sobre prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.

1.1 O vídeo, como está no roteiro, propõe-se a fazer o que é apropriado para promover educação em saúde em relação à prevenção de DST/HIV/aids em mulheres em união estável.	A	AP	D	NA
1.2 O vídeo gera resultados positivos.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

2. USABILIDADE: Refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

2.1O vídeo é fácil de usar.	A	AP	D	NA
2.2 É fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações.	A	AP	D	NA
2.3 Permite que a mulher reflita sobre as questões nele apresentadas, sendo fácil de assimilação.	A	AP	D	NA
2.4 Fornece ajuda de forma clara, completa e rápida, não sendo cansativo.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

3. EFICIÊNCIA: Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.

3.1O tempo proposto é adequado para que o usuário aprenda o conteúdo.	A	AP	D	NA
3.2 O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo.	A	AP	D	NA

3.3 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	A	AP	D	NA
3.4 O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	A	AP	D	NA

Em caso de desacordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

1- Introdução/Apresentação:

- ✓ Agradecimento pelo comparecimento e participação;
- ✓ Apresentação das pesquisadoras;
- ✓ Apresentação do projeto e objetivos do grupo;
- ✓ Leitura do termo de consentimento para os participantes do grupo focal;
- ✓ Regras da reunião; e
- ✓ Características dos entrevistados (nome, idade, naturalidade/procedência, estado civil, tempo de união estável, filhos, escolaridade).

2- Conhecimento sobre prevenção das DST/HIV/aids (o que sabem):

- ✓ O que são doenças sexualmente transmissíveis;
- ✓ Como ocorre o processo de contaminação;
- ✓ Quais as diferenças de vulnerabilidade entre homens e mulheres;
- ✓ Quais as conseqüências das DST; e
- ✓ Vulnerabilidade em casais em união estável.

3- Atitude sobre prevenção das DST/HIV/aids:

- ✓ Vulnerabilidade em diversos grupos sociais (mulheres, homens, casais em união estável, homossexuais e profissionais do sexo);
- ✓ Identificação de sinais e sintomas sugestivos de DST;
- ✓ Realização periódica do exame ginecológico; e
- ✓ Uso da “camisinha” e negociação do uso da “camisinha”.

4- Prática sobre prevenção das DST/HIV/aids (como se comportam):

- ✓ Confiabilidade da “camisinha” como método preventivo; e
- ✓ Utilização da “camisinha”.

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – PARTICIPANTES DO
GRUPO FOCAL

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo desenvolver, aplicar e avaliar um vídeo para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids em mulheres em união estável. Fornecerá benefícios para a prevenção destas doenças, divulgando informações importantes sobre elas. Para isso, preciso que você participe de uma atividade em grupo para apresentação de um vídeo sobre prevenção de DST/HIV/aids em mulheres que são casadas ou juntas. As suas respostas serão gravadas e copiadas por mim. Explico que a atividade levará no máximo uma hora e meia. Caso aceite, você participará de uma discussão sobre DST/HIV/aids. Depois, você será convidada a assistir um vídeo de, no máximo, 25 minutos. O vídeo é sobre prevenção de DST, HIV e aids em mulheres que estabelecem união estável, ou seja, que são casadas ou que moram com algum companheiro. Depois realizaremos uma nova discussão sobre o mesmo assunto, DST/HIV/aids. A atividade será realizada aqui mesmo, no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), em uma sala reservada para assegurar sua privacidade e a privacidade de suas respostas. Nesta sala estarão presentes eu, você e outras mulheres, no máximo dez.

Caso aceite, explico que você não ficará exposta a nenhum risco ou desconforto, não receberá pagamento por participar da pesquisa, poderá se recusar a continuar participando da pesquisa e poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através de sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço da responsável pela pesquisa: **Nome:** Leilane Barbosa de Sousa. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Endereço:** Padre Guerra, 2279. Parquelândia. Fortaleza – CE. **Telefones:** (85) 9123-5396/ 8864 -2716 (pode ligar a cobrar).

APÊNDICE E (continuação)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento 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

A abaixo-assinada, _____, ____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____/____/____

--	--	--

a voluntária

Data

Assinatura

--	--	--

a pesquisadora

Data

Assinatura

--	--	--

a Testemunha (se o voluntário não souber ler)

Data

Assinatura

o profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – AVALIADORES DE CONTEÚDO E AVALIADORES TÉCNICOS

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo desenvolver, implementar e avaliar um vídeo para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids em mulheres em união estável. Fornecerá benefícios para a prevenção destas doenças, divulgando informações importantes. Para isso, preciso de sua contribuição no processo de avaliação do roteiro de um vídeo educativo sobre prevenção de DST/HIV/aids. Você receberá cópia do projeto de pesquisa, do roteiro do vídeo e um formulário com itens a serem respondidos com “SIM” ou “Não” e com conceitos de qualidade, tais como: A - de acordo; AP - de Acordo em Parte; D - desacordo e NA - Não se Aplica. Entregarei o material a você e aguardarei uma semana. Após isso, entrarei em contato para saber se sua avaliação foi realizada. Na ocasião em que você tiver finalizado a avaliação, retornarei para receber o material referente à avaliação.

Caso aceite, explico que você não ficará exposto a nenhum risco ou desconforto, não receberá pagamento por participar da pesquisa, poderá se recusar a continuar participando da pesquisa e poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através de sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço da responsável pela pesquisa: **Nome:** Leilane Barbosa de Sousa. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Endereço:** Padre Guerra, 2279. Parquelândia. Fortaleza – CE. **Telefones:** (85) 9123-5396/ 8864 -2716.

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento 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

APÊNDICE F (continuação)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – AVALIADORES DE
CONTEÚDO E AVALIADORES TÉCNICOS**

O abaixo-assinado, _____, ____ anos, RG nº _____
declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que
li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de
fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que
responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.
Fortaleza, ____/____/____

--	--	--

o (a) voluntário (a)

Data

Assinatura

--	--	--

a pesquisadora

Data

Assinatura

--	--	--

a Testemunha (se o voluntário não souber ler)

Data

Assinatura

o profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura
