



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

IZAILDO TAVARES LUNA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA
VISANDO À PREVENÇÃO DE DST/AIDS

FORTALEZA

2011

IZAILDO TAVARES LUNA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA VISANDO
À PREVENÇÃO DE DST/AIDS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

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

FORTALEZA

2011

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

-
- L983e Luna, Izaildo Tavares.
Educação em saúde com adolescentes em situação de rua visando à prevenção de DST/AIDS /
Izaildo Tavares Luna. – 2011.
136 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia
e Enfermagem; Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
1. Educação em Saúde. 2. Enfermagem. 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida I. Título.

CDD 610.7367

IZAILDO TAVARES LUNA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA VISANDO
À PREVENÇÃO DE DST/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dra. Maria Lúcia Duarte (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof.^a Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dra. Maria Suêda Costa (Membro Suplente)
Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza

À minha família, fonte de amor e compreensão, corresponsável por todas as minhas conquistas.

Aos meus colegas de mestrado, companheiros de mais alta estima, com os quais compartilhei os melhores momentos e os mais preciosos sentimentos durante esta caminhada.

À Enfermagem que com suas teorias e práticas torna o mundo menos egoísta.

Aos adolescentes em situação de rua que diante da exclusão social a qual vivenciam ainda se sentiram motivados a participar deste estudo.

In memória ao grande educador popular brasileiro Paulo Freire, pela autonomia, pelo diálogo, pela liberdade e amor difundido em seu método, inspirando a todos a lutarem contra as amarras que oprimem e violam a dignidade humana

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante e benção de ter me permitido alcançar este tão sonhado objetivo de vida.

Aos meus pais, meus irmãos, minhas cunhadas e meus sobrinhos, pelo amor incondicional e por terem suportado o sentimento de saudade advinda da distância geográfica que nos afastou durante esta caminhada.

À Professora Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, pelos seus sábios ensinamentos sobre a Enfermagem e por sua amizade.

À banca examinadora: Professora Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, Professora Dra. Maria Lúcia Duarte e Dra. Maria Suêuda Costa, obrigado pelas valiosas contribuições para com esta pesquisa.

A todos os docentes e Funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Aos integrantes do Projeto de Pesquisa: AIDS: educação e prevenção.

À Professora Dra. Maria Dalva Santos Alves, pelas palavras de incentivo e elogio e por seu carinho e amizade.

À minha amiga Conceição Gomes que de coração aberto e com muito carinho abriu as portas do Núcleo Albergue para que fosse possível a realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Núcleo Albergue, pela disponibilidade em contribuir para a realização deste estudo.

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.”

(Paulo Freire)

RESUMO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), especialmente a infecção pelo HIV, destacam-se na atualidade entre as enfermidades infecciosas, pela magnitude e extensão dos danos causados às populações. A epidemia da Aids representa um fenômeno global, dinâmico e instável, configurando-se como um dos problemas mais comuns da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Esta pesquisa apresenta como objetivo geral compreender como as ações de Educação em Saúde, desenvolvidas pelo enfermeiro, a partir do Círculo de Cultura, podem auxiliar os adolescentes em situação de rua na prevenção das DST/Aids. Trata-se de uma investigação que propôs realizar uma pesquisa-ação, realizada de janeiro a abril de 2011. Os sujeitos do estudo foram 19 adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, de ambos os sexos, frequentadores do Núcleo Albergue, instituição vinculada à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará. Os instrumentos e as técnicas utilizados para a coleta das informações foram: entrevista, observação participante, registro fotográfico e anotação em diário de campo. Como método e técnica para promover a articulação com a dimensão coletiva e interativa da investigação proposta pela pesquisa-ação, utilizou-se o Círculo de Cultura. Realizaram-se neste estudo seis círculos constituídos das etapas a seguir: descoberta do universo vocabular; seleção dos temas a serem desenvolvidos; criação de situações para problematização; utilização de técnicas grupais para problematizar com fundamentação teórica; reflexão teórico-prática (desconstrução dos conceitos); (re) construção coletiva; síntese da vivência e avaliação. Neste sentido, os adolescentes discutiram sobre: o que é DST/Aids? Como posso me prevenir das DST/Aids? Na rua, como pego e como não pego as DST/Aids? O que eu aprendi sobre DST/AIDS? O que eu preciso aprender para me prevenir das DST/Aids? Os achados frutos desta discussão foram os seguintes: no interagir inicial com o grupo, os adolescentes expressaram que a necessidade primordial do grupo naquele momento não era a problemática que envolvia as DST/Aids, mas a escuta atenciosa e a valorização do que eles estavam sentindo, acerca das perdas vivenciadas. O debate do grupo suscitou discussões sobre o uso de drogas como fator condicionante para as práticas sexuais desprotegidas, a rua como lugar de sexo fácil, a prostituição como meio de disseminação das doenças etc. Os adolescentes expressaram deter de conhecimento sobre o risco de uma relação sexual desprotegida, todavia, quando estavam sob o efeito das drogas, relataram ser incapazes de assumir um comportamento sexual responsável. Evidenciou-se, ainda, que a preocupação com as DST/Aids é algo presente entre os adolescentes, porém, isto não é suficiente para motivá-los a uma efetiva proteção. Ao final deste estudo, visualizou-se a metodologia freireana como uma estratégia de Promoção da Saúde, pois possibilitou a identificação do contexto cultural dos participantes do estudo, e, a partir deste, o planejamento de métodos de intervenção que se adequasse ao cotidiano deles. O processo educativo despertou também nos adolescentes a necessidade de alertar os pares sobre a problemática que envolve as DST/Aids, confirmando que o Círculo de Cultura possibilita a reflexão para promover a transformação, não somente do sujeito, mas também do meio em que vive.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Saúde. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Juventude de Rua. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Diseases (STDs), especially HIV infection, stand out among the infectious diseases today, by the magnitude and extent of damages caused to the population. The AIDS epidemic represents a global, dynamic and unstable phenomenon, becoming one of the most common problems of sexual and reproductive health of adolescents. This research presents as main objective to understand how the actions of Health Education developed by nurses, based on the Circle of Culture, can help the homeless adolescents to prevent STD/AIDS. It is an investigation that proposed to conduct a research-action, carried out from January to April 2011. The study subjects were 19 adolescents aged from 12 to 18 years old, of both genders, users of the Hostel Center, an institution linked to the Department of Labor and Social Development of the State of Ceará. The tools and techniques used for data collection were: interviews, participant observation, photographic recording and annotation in field diary. As method and technique to promote cooperation with the collective and interactive dimension of the proposed investigation by research-action we used the Circle of Culture. Six circles were performed in this study, consisting of the following steps: discovering the vocabulary universe; selection of themes to be developed; creating situations for questioning; use of group techniques to question with theoretical framework; theoretical-practical reflection (deconstruction of concepts); collective (re)construction; synthesis of the experience; and assessment. In this sense, the adolescents discussed on: What is STD/AIDS? How can I prevent STD/AIDS? On the street, how do I get and how I do not get STD/AIDS? What I learned on STD/AIDS? What I need to learn to prevent STD/AIDS? The findings of this discussion were: in the initial interaction with the group, the adolescents expressed that the group's primary need at that moment was not the problem that involved STD/AIDS, but attentive listening and valuing what they were feeling about the losses experienced. The group debate triggered discussions about drug use as conditioning factor for unsafe sexual practices, the street as a place of easy sex, prostitution as a way to spread the disease etc. Teenagers expressed to have knowledge about the risk of unprotected sexual intercourse, however, when they were under the influence of drugs they reported being unable to take a responsible sexual behavior. It was also verified that the concern on STD/AIDS is something present among adolescents, however this is not enough to motivate them to an effective protection. At the end of this study, the Freire methodology was viewed as a strategy for Health Promotion, because it enabled the identification of the cultural context of the study participants, and, from this, the planning of intervention methods that fitted their daily lives. The educational process has also awakened the teenagers need to warn the partners about the problems involved in STD/AIDS, confirming that the Circle of Culture enables reflection to promote the transformation, not only of the subject, but also of the environment in which they live.

Keywords: Nursing. Health Education. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Homeless Youth. Sexually Transmitted Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 Autores que aplicaram a metodologia freireana em estudos.....	36
QUADRO 2 Características sociodemográficas e educacionais dos adolescentes em situação de rua participantes deste estudo, 2011.....	57
FIGURA 1 O que é DST/Aids?.....	72
FIGURA 2 Painel Como pega a Aids, elaborado pelos adolescentes participantes do estudo durante a realização do 2º Círculo de Cultura.....	84
FIGURA 3 Painel Como não pegar Aids, elaborado pelos adolescentes participantes do estudo durante a realização do 2º Círculo de Cultura	85
FIGURAS 4, 5 e 6 – Dramatização sobre comportamento seguro frente às DST/Aids?, elaborado pelos participantes do 4º Círculo de Cultura.....	95
FIGURAS 7 e 8 Dramatização sobre comportamento de risco frente às DST/Aids, elaborado pelos participantes do 4º Círculo de Cultura.....	96
Figuras 9 e 10 – O grupo cantando e tocando o Rep Use camisinha, se proteja, elaborado durante a realização do 5º Círculo de Cultura.....	99
FIGURA 11 Desenho-estória 1: o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?.....	101
FIGURA 12 Desenho-estória 2: o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?.....	101
FIGURA 13 Desenho-estória 3: o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?.....	102
FIGURA 14 O que o adolescente aprendeu sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?.....	102
FIGURA 15 O que o adolescente aprendeu sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?.....	103
QUADRO 3 O que os adolescentes acharam do processo de construção conjunta durante a realização dos Círculos de Cultura, 2011?.....	104

LISTA DE LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- EPSD - Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- ESPCE - Escola de Saúde Pública do Ceará
- HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS – Ministério da Saúde
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PROSAD - Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens
- SER – Secretaria Executiva Regional
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas
- SUS - Sistema Único de Saúde
- STDS - Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social
- UFC – Universidade Federal do Ceará
- UFMA - Universidade Federal do Maranhão
- UFPI - Universidade Federal do Piauí
- UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
- UDI - Uso de Drogas Injetáveis
- UNAIDS – *United Nations Joint Programme on HIV/Aids* (Programa das Nações Unidas Sobre HIV/Aids)
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Interesse do pesquisador pelo tema de estudo	11
1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 APORTE TEÓRICO	20
3.1 Adolescência e vulnerabilidade às DST/Aids	20
3.2 Ação dialógica da educação em saúde e as implicações para o cuidar de enfermagem ao adolescente	26
3.3 Metodologia pedagógica conscientizadora de Paulo Freire aplicada às pesquisas da enfermagem	31
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	39
4.1 Metodologia de Paulo Freire: o Círculo de Cultura	39
5 METODOLOGIA	43
5.1 Natureza do estudo/abordagem	43
5.2 Cenário do estudo	44
5.3 Sujeitos da pesquisa	46
5.4 Coleta das informações	47
5.5 Procedimentos e técnicas utilizados para a coleta de informações	47
5.6 Organização e análise das informações	52
5.7 Aspectos éticos da pesquisa	53
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
6.1 Caracterização dos atores da pesquisa	56
6.2 O conhecer do universo temático	58
6.3 Descrição das ações educativas desenvolvidas em cada Círculo de Cultura	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	130
ANEXOS	135



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Interesse do pesquisador pelo tema de estudo

O interesse em compreender como as ações de educação em saúde desenvolvidas junto aos adolescentes em situação de rua podem auxiliar na prevenção das DST/Aids surgiu a partir da experiência vivenciada pelo pesquisador como professor substituto da disciplina Enfermagem no Cuidar do Adolescente, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), na qual teve oportunidade, por vários semestres seguidos, juntamente com alunos em atividades práticas da disciplina, de desenvolver estratégias educativas em saúde com adolescentes de escolas municipais da cidade de Fortaleza-Ceará. Além da inserção em comunidades carentes, a partir das atividades de extensão do Projeto AIDS: educação e prevenção, do Departamento de Enfermagem da UFC.

Durante as ações de educação em saúde, desenvolvidas tanto nas atividades práticas da disciplina Cuidar do Adolescente quanto nas atividades de extensão do Projeto AIDS: educação e prevenção foi possível maior aproximação aos diversos conflitos biopsicossociais manifestados por adolescentes integrantes de escolas, instituições governamentais e Organizações Não Governamentais (ONG).

Ao refletir sobre estes aspectos e tendo como referencial anterior os estudos de aprofundamento do conhecimento acerca da epidemiologia das doenças transmissíveis, em especial a Aids, no curso de Especialização em Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, financiado pelo Ministério da Saúde (MS) e realizado em parceria entre a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), aflorou-se o desejo de realizar ações de educação em saúde junto a adolescentes vítimas de exclusão social e em risco de adquirir Doença Sexualmente Transmissível.

Na troca de experiências, entre os saberes acadêmicos e populares, a paixão pela educação em saúde e o desejo de promover um espaço de reflexão para possibilitar a transformação da realidade dos adolescentes em situação de rua frente à vulnerabilidade as DST/Aids motivou o despertar para a realização deste estudo.

No entanto, por se tratar de uma população envolta a muitas vulnerabilidades e de difícil acesso, cogitou-se um método emancipatório e autônomo para nortear a proposta educativa, por isso emergiu a ideia de conjugar o método do educador Paulo Freire com as ações educativas em saúde desenvolvidas pela Enfermagem. Tal decisão encontrou respaldo

na experiência vivida durante os anos de 2004 e 2005, quando o pesquisador teve a oportunidade de conhecer e aplicar o método de Paulo Freire enquanto alfabetizador de jovens e adultos do Programa do Governo Federal intitulado: Por um Brasil Alfabetizado, pois o método utilizado para alfabetizar jovens e adultos possibilita um aprender a partir de um processo dialógico, emancipatório e autônomo, motivando o sujeito a buscar por alternativas para a mudança da realidade.

Com isso, percebeu-se que a ação em saúde fundamentada no método freireano possibilitaria uma visão mais integral do adolescente em situação de rua, permitindo, desta forma, a criação de um processo educativo fortalecido pela autonomia do sujeito, levando-o a tomada de decisões responsáveis acerca da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis definidas a partir do seu contexto.

Portanto, o estudo em pauta segue como referencial a metodologia emancipatória de Paulo Freire, a qual permite a troca de conhecimento, o diálogo e a autonomia do sujeito, tendo como ambiente de realização o próprio espaço de convivência e interação dos adolescentes e sendo diferente do usualmente utilizado pelos profissionais de saúde para a execução de suas práticas, possibilitando, assim, a identificação de novos cenários, cujos serviços de saúde precisam intervir para a construção de consciência emancipatória no sujeito para a adoção de comportamentos responsáveis acerca da prevenção das DST/Aids.

A partir desse pensamento, realizou-se busca por uma instituição que atuasse junto a adolescentes em situação de rua, cuja missão fosse acima de tudo a realização de um trabalho educativo, visando ao protagonismo juvenil destes sujeitos.

Depois de várias tentativas sem êxito, adentrou-se no site da Secretária do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS), do Governo do Estado do Ceará, e, então, encontrou-se no *link* que trata das Políticas da Assistência Social a descrição do Núcleo Albergue, a partir de então, realizaram-se vários contatos junto à STDS para apresentar a proposta de estudo. Posteriormente, recebeu-se a autorização formal para acesso à instituição.

Desde o primeiro contato com o albergue, teve-se a receptividade da coordenadora da instituição que se mostrou aberta a possibilidade de desenvolvimento de ações de educação em saúde junto aos adolescentes em situação de rua, e reconheceu a necessidade do desenvolvimento de ações de Promoção de Saúde com esta população.

Contando com todos esses elementos, imbuído pelo espírito de educador em saúde e fundamentado pela vasta leitura nacional e internacional acerca da promoção da saúde, enfatiza-se que não se pode considerar o cuidado em Enfermagem norteado apenas pelos aspectos biológicos, pois para que este cuidado aconteça de forma integral, é necessário que

as dimensões psicológicas, sociais e econômicas dos sujeitos tenham o potencial de ser importante para a efetivação deste cuidado.

Enfim, percebeu-se que as ações preventivas do enfermeiro frente às DST/Aids, em parceria com os profissionais que integravam o albergue e dos adolescentes em situação de rua, possibilitou uma união exitosa na busca pela promoção da saúde dos envolvidos.

1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), especialmente o HIV/Aids, destacam-se na atualidade entre as enfermidades infecciosas emergentes, pela magnitude e extensão dos danos causados às populações. A epidemia da infecção do HIV representa um fenômeno global, dinâmico e instável, configurando-se como um dos problemas mais comuns da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Surgem como condição de elevação da incidência de morbidade e mortalidade entre os jovens. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que um em cada vinte adolescentes no mundo contrai DST a cada ano (BRASIL, 2010).

Desde a identificação do primeiro caso de Aids, na década de 1980, o controle e a prevenção da doença representam um dos grandes desafios enfrentados pelos serviços de saúde, o que vem desencadeando várias discussões entre a comunidade científica e sociedade em geral. De acordo com os dados do Relatório Mundial da Epidemia de Aids 2010, no mundo, em 2009, houve 2,6 milhões [2,3–2,8 milhões] de novas infecções pelo HIV, 1,8 milhões [1,6–2,1 milhões] de óbitos relacionados à Aids, aproximadamente 33,3 milhões [31,4–35,3 milhões] de pessoas vivem com HIV. Deste total, 2,5 milhões [1,6–3,4 milhões] são de crianças com menos de 15 anos (UNAIDS, 2010).

A adolescência e a fase adulta jovem (15-24 anos) representam 45% das novas infecções em todo o mundo (WHO, 2008). Portanto, a taxa de infecção entre adolescentes, denominada de juvenilização, surge como desafios e vem estimulando o interesse de pesquisadores de instituições estatais e não estatais pela reformulação das políticas públicas em saúde voltadas para esta população (TOLEDO, 2008).

Conforme dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2009), 20% da população global é composta por adolescentes. Deste total, 85% são constituídos de jovens pertencentes a países em desenvolvimento. Em âmbito mundial, o número de jovens vivendo com HIV aumentou de 1,6 milhões [1,4 milhões- 2,1 milhões], em 2001, para 2 milhões [1,9 milhões- 2,3 milhões], em 2007.

A taxa de infecção entre jovens torna-se significativa quando se considera o período de 7 a 10 anos para a manifestação da Aids após a infecção pelo HIV. Logo, supõe-se que grande parte das notificações ocorridas na faixa etária dos 25 a 30 anos sejam de sujeitos infectados no período da adolescência. É salutar mencionar, que no caso de ocorrência da infecção na fase da adolescência, o aparecimento tardio dos sintomas da doença influencia na vulnerabilidade dos possíveis parceiros sexuais do adolescente (BRASIL, 2006a).

Esse panorama epidemiológico permite a identificação de uma realidade assustadora, em que se faz necessário que a proteção da saúde dos adolescentes e jovens seja colocada no centro dos debates das Políticas Públicas em Saúde, fundamentando uma profunda discussão, a fim de construir eficazmente respostas à epidemia do HIV no Brasil e no mundo (BORGES; FUJIMORI, 2009).

A África, ao sul do Saara, apresentou um percentual de 35% das infecções pelo HIV, no âmbito global, em 2007. Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (2009), esta região representou 38% das mortes por Aids no mundo. Sessenta e sete por cento (67%) de todas as pessoas que vivem com HIV estão na África Subsaariana, nesta região, 11% dos jovens de 15-24 anos estão infectados pelo HIV (CENTRAL STATISTICAL OFFICE ZIMBABUE, 2007).

Conforme dados do Relatório Global sobre a Epidemia de Aids 2010, em 2009, a América Central e América do Sul apresentaram 1,4 milhões [1,2 milhões-1,6 milhões] de pessoas vivendo com o HIV, sendo que um terço de todas estas pessoas morava no Brasil (UNAIDS, 2010).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2009), no Brasil, de 1983, ano de registro do primeiro caso, a outubro de 2009, foram identificados 544.846 casos de Aids. Já durante o período de 1997-2007, o país apresentou um total de 5.565 casos notificados de Aids na faixa etária dos 13-19 anos, deste total, 58% (3220) entre o sexo feminino e 42% (2345) entre o masculino. Constatou-se que o sexo feminino apresentava um percentual maior de infecções pelo HIV se comparado com o masculino, comprovando que as taxas de infecção masculina vêm se mantendo estáveis. A categoria de exposição heterossexual continua prevalecente entre ambos os sexos.

No estado do Ceará, a curva de incidência da Aids apresenta-se de forma ascendente, com 90,2% (166) dos municípios apresentando notificações da doença. A situação epidemiológica da doença no estado caracteriza-se pela pauperização, interiorização e feminilização dos casos (GONÇALVES et al., 2008). Já em relação aos registros dos casos da doença em Fortaleza, o município notificou, no período de 1983 a outubro de 2009, 8.204

casos de Aids. Deste total, 5.806 (70,8%) do sexo masculino e 2.398 (29,2%) do sexo feminino. Nesse mesmo período, foram notificados 5.532 casos da doença em sujeitos maiores de 13 anos de idade (CEARÁ, 2010).

O panorama epidemiológico exposto ratifica o desafio dos serviços de saúde no desenvolvimento de estratégias integradas com vistas a impactos positivos na luta contra a epidemia da Aids, ou seja, no planejamento de estratégias que considerem as características do adolescente, no que diz respeito aos elementos da vulnerabilidade à infecção ao HIV, resultando no refreamento da transmissão da doença (BRASIL, 2010).

Tendo em vista que a adolescência é uma fase marcada pelas descobertas da sexualidade e que as práticas sexuais dos jovens estão acontecendo de forma precoce, muitos países estão inserindo, em suas agendas, ações integradas voltadas para a educação sobre sexualidade para adolescentes e jovens, buscando, assim, reduzir a vulnerabilidade desta população às DST/Aids (BRASIL, 2008).

O adolescer é marcado por mudanças fisiológicas e psicológicas na vida do sujeito, sendo durante a puberdade que surgem às primeiras dúvidas sobre sexualidade (FAÇANHA et al., 2004). Assim, a sexualidade apresenta-se como aspecto central da experiência humana ao longo da vida e abrange o sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (PEREIRA et al., 2007).

De acordo com Abasse et al. (2009), o adolescente, na busca pelos pares, estabelece ligações que criam laços sociais, que podem propiciar a encontros que o conduz à destrutividade, resultando na delinquência, drogadição, violência e outras formas de marginalização, as quais assinalam a precariedade dos laços sociais e familiares.

Surgem na adolescência comportamentos de risco, os quais se originam da necessidade do experimentar o novo e do desafiar o perigo. Além disso, a tendência a agir impulsivamente na busca por solucionar a crise instaurada pode motivar o adolescente a agir sem considerar a possibilidade de causar danos, no presente ou no futuro, a si mesmo e as outras pessoas (MARCELLI; BRACONNIER, 2007).

Consoante o Ministério da Saúde, os adolescentes e jovens no Brasil têm sido foco de Políticas Públicas, muito mais do que já foram em outros tempos; no entanto, muitas vezes, estes sujeitos são vistos como uma parcela da população envolta a graves problemas sociais, e a combinação adolescência-drogas-sexo-violência e vulnerabilidade às DST/Aids é focada como explicação para todo o tipo de contrassenso cometido por estes que vivenciam o adolescer (BRASIL, 2010). Essa visão desconsidera a concepção presente na Carta Política do

Brasil e ratificada pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que elucidam que o adolescente e o jovem são sujeitos de direitos e deveres.

Pesquisa censitária realizada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2011), em 75 cidades (com mais de 300 mil habitantes), identificou 23.973 crianças e adolescentes vivendo em situação de rua no Brasil. Conforme este levantamento: os meninos são a maioria – 71,8% e a faixa etária mais comum é entre 12 e 15 anos (45,13%). Os vínculos com as famílias são mantidos na maior parte dos casos. Mesmo entre as crianças e os adolescentes que dormem nas ruas: 60,5% delas têm contato com familiares. Entre os entrevistados, 21,8% declararam possuir relação ruim ou péssima com os pais, enquanto 55,5% declararam ter uma relação boa ou muito boa. A violência doméstica é um dos principais motivos para explicar a saída de casa entre aqueles que dormem nas ruas – foi citado por 70% dos entrevistados que as principais causas foram: brigas verbais com pais e irmãos (32,2%), violência física (30,6%) e violência, e abuso sexual (8,8%).

É importante destacar que entre as crianças de 6 a 11 anos que vivenciam situação de rua, 61,1% frequentavam a escola. Na faixa de 12 a 17 anos, o índice decaiu para 40,6%. A pesquisa revelou ainda que 12,9% dos entrevistados já foram impedidos de receber atendimento na rede de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a situação social da infância e adolescência no Brasil evidencia que as políticas de atenção à criança e ao adolescente em situação de rua são marcadas por uma trajetória de enorme descompasso político entre discurso legal, ideologias e práticas, ações governamentais e não governamentais desarticuladas com as mais diversas concepções sobre questão do abandono social da infância. No Brasil, são 29 milhões de crianças e adolescentes em situação de miséria absoluta, filhos da violência estrutural, campo propício para a experiência da delinquência (BRASIL, 2010).

Torres, Beserra e Barroso (2007) apontam que dos muitos agravos que podem comprometer a saúde do adolescente, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo o HIV/Aids, são sem dúvida uns dos mais importantes. Nesse contexto, a sexualidade é um aspecto importante a ser analisado, pois a percepção desse tema é formulada a partir de experiências cotidianas desses sujeitos, ocorrendo a necessidade de aprofundamento para uma compreensão efetiva. A estratégia para o controle da transmissão das DST e do HIV em adolescente é a prevenção a partir da realização de atividades educativas que focalizem os riscos inerentes a uma relação sexual desprotegida, à mudança de comportamento e à adoção do uso do preservativo.

Borges e Medeiros (2004) afirmam que os adolescentes em situação de rua dividem o espaço da rua com profissionais do sexo que fazem dela o seu local de trabalho. O convívio com esse grupo facilita o despertar da sexualidade genital, podendo incentivá-los prontamente à prática sexual, induzindo-os a relações sexuais com múltiplos parceiros, permeadas de violência e abusos.

Porto et al. (1994) e Medeiros et al. (2001) afirmam que as consequências dessas práticas sexuais, permeadas pela violência e pelo abuso, podem ser reveladas pela alta vulnerabilidade que esses sujeitos apresentam pela infecção das DST/Aids, visto que o adolescente em situação de rua se configura como um grupo exposto a relações sexuais com diversos parceiros sem devida proteção, assim como o uso de drogas injetáveis ou não.

Em consonância com Ayres et al. (2003) e Campbell (2005), a implementação de estratégias educativas integrativas e com abordagens diversificadas despertam o interesse de adolescentes e jovens, revelando-se como um potencial transformador do comportamento de risco destes sujeitos.

Em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (2005), estratégias educativas que motivem a participação dos adolescentes de forma mais ativa, merecem destaque, tendo em vista que a abordagem junto a esta população configura-se na atualidade como uma ferramenta necessária para o enfrentamento da epidemia mundial do HIV, pois ao participarem de forma efetiva nas ações educativas, poderão a partir da sensibilização e motivação ajudarem os seus pares na tomada de decisões mais seguras e conscientes.

Ribeiro (2003) afirma que a participação dos profissionais de saúde em programas de instituições públicas ou organizações não governamentais que abordam a problemática que envolve o adolescente em situação de rua e a vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e a Aids deveria ser mais ampla, pois na atual conjuntura, visualiza-se um trabalho restrito e pontual, muitas vezes desenvolvido de forma voluntária e limitado a ações específicas.

Os profissionais de enfermagem precisam participar mais efetivamente do cuidado de adolescentes em situações de rua, não se limitando ao atendimento individualizado e desarticulado com sua realidade. A abordagem integral preconizada para o profissional de Enfermagem é algo não muito presente na realidade destes adolescentes (BORGES; FUJIMORI, 2009).

Acredita-se que o enfermeiro ao atuar no cuidado desses adolescentes vítimas da exclusão social, precisa compreender as alterações próprias da adolescência como também

conhecer os fatores sociais que acarretam o estado de maior vulnerabilidade destes sujeitos às DST/Aids.

Considerando a formação curricular dos profissionais de saúde, em especial dos da Enfermagem, cuja educação em saúde é uma ferramenta utilizada para o direcionamento das práticas em saúde desenvolvidas por esta categoria, percebe-se que o enfermeiro poderia conquistar mais espaços articulados aos programas de promoção e prevenção da saúde de adolescentes em situação de rua. Portanto, este estudo apresentou o seguinte questionamento: o Círculo de Cultura é uma estratégia educativa eficaz para a prevenção de DST/Aids em adolescentes em situação de rua?

Assim, foi de fundamental a realização deste estudo, visto que poderá representar um avanço no campo da pesquisa em Enfermagem, pois poderá contribuir de forma significativa para o trabalho com adolescentes, apresentando relevância social no campo da Enfermagem e da equipe de saúde, já que enfocou a importância da educação em saúde como ferramenta indispensável para as ações de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids.

Ainda apresenta relevância científica, pois propõe reflexão e construção do conhecimento de Enfermagem sobre a vulnerabilidade dos adolescentes em situação de rua às DST/Aids e a atuação efetiva do enfermeiro enquanto profissional capaz de atuar na promoção da saúde desta população, procurando por compreender, a partir da realização de Círculos de Cultura, como as ações de educação em saúde junto aos adolescentes em situação de rua podem ser eficazes na prevenção das DST/Aids. A partir disso, a Enfermagem poderá desenvolver o cuidado integral e individualizado voltado para a melhoria da saúde destes sujeitos.

Cecagno, Siqueira e Cezar Vaz (2005) declaram que as ações educativas em saúde frente à vulnerabilidade às DST/Aids do cotidiano dos adolescentes em situação de rua, sobretudo do enfermeiro, devem consistir em orientar, retirar as dúvidas e conscientizar o sujeito para atitudes seguras, que diminuam ou anulem os riscos de infecção, promovendo, deste modo, hábitos comportamentais mais saudáveis, sendo essa meta conquistada por meio do diálogo e de críticas sobre ações de risco, mostrando que a educação em saúde ainda é o melhor meio de prevenção das doenças.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Compreender como as ações de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro, a partir do Círculo de Cultura, podem ser eficazes aos adolescentes em situação de rua na prevenção das DST/Aids.

2.2 Específicos

- Aplicar o Círculo de Cultura, com adolescentes em situação de rua, como estratégias para a prevenção das DST/Aids;
- Discutir, a partir da realização do Círculo de Cultura, o papel do enfermeiro nas ações de Educação em Saúde voltadas para a prevenção das DST/Aids.

3 APORTE TEÓRICO

3.1 Adolescência e vulnerabilidade às DST/Aids

Adolescência é um conceito elaborado, na Modernidade, que adquire vários desdobramentos até o momento atual. A palavra adolescência, segundo Crespim e Reato (2007), origina-se do latim *adulescere* que significa crescer, desenvolver, mudar. Tal conceito representou por muito tempo um sentido depreciativo e pouco literal, sua assimilação à linguagem formal com sua introdução em dicionários ocorreu somente por volta de 1850, quando recebeu um sentido mais próximo ao que tem atualmente (COUTINHO, 2005).

Corroborando o pensamento de Pereira e Pinto (2003), a etimologia da palavra *adolescere*, reporta à ideia de preparação para algo já estabelecido mais à frente. Portanto, o período da adolescência seria a etapa de transição entre o ser infantil, algo incompleto e inacabado, para o ser adulto, esse pronto, acabado e ajustado de acordo com a expectativa social (OLIVEIRA; EGRY, 1997; PEREIRA; PINTO, 2003).

A adolescência se distingue da juventude por recortes etários, da qual o adolescente seria o sujeito de idade entre 10 e 19 anos, enquanto o jovem compreenderia as pessoas com faixa etária dos 15 a 24 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Tais conceitos adéquam-se ao desdobramento que identifica adolescentes jovens [de 15 a 19 anos] e adultos jovens [de 20 a 24 anos] (BRASIL, 2006c).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/90), que regulamenta o artigo 227, da Constituição Brasileira, de 5 de outubro de 1988, Lei que assegura os direitos desse segmento da população, salienta ser adolescente o sujeito entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2009a). Ocorrendo, portanto, um descompasso entre o conceito etário do Estatuto da Criança e do Adolescente e o da Organização Mundial da Saúde, tendo o Ministério da Saúde do Brasil adotado este último.

Para Villela e Doreto (2006), a diferença entre adolescência e juventude baseia-se nos significados relacionados a cada termo: cuja ideia de juventude é bastante positiva, remetendo à criatividade, responsabilidade e independência, enquanto as ideias atribuídas ao *adolescere* têm caráter negativo, remetendo ao estado de dependência, impulsividade, dificuldades emocionais e atos de irresponsabilidade.

Toledo (2008) expressa que ao definir as fases da vida unicamente pela idade cronológica, estar-se-ia adotando uma perspectiva limitada e reducionista, admitindo, assim, que os jovens e adolescentes vivenciam, de modo igual, as incertezas e os conflitos peculiares

dessas fases. Para a referida autora, as fronteiras cronológicas servem de referencial para a delimitação de Políticas Públicas, todavia, na vida concreta e na vivência de adolescentes e jovens, estas fronteiras não se apresentam de forma fixa e homogênea.

Borges (2004), em estudos realizados no campo da saúde do adolescente, reconhece esta fase da vida como um processo do desenvolvimento humano marcado por singularidades e especificidades. No entanto, o conceito de adolescência apresentado na literatura se mostra de forma diversa e com enfoques variados. Para esta autora, o adolecer é o período de tempo no processo da evolução do sujeito em que ocorrem mudanças significativas no campo biológico, psicológico e sociocultural da pessoa, não reduzindo meramente às alterações na idade cronológica.

A adolescência é historicamente vivenciada e construída pelos adolescentes de forma diversa, tornando-os dependentes das relações de gênero, étnicas, das crenças dos valores culturais e das condições sociais e econômicas, com isso torna-se necessário considerar “as adolescências” e não mais “o adolecer”. Pois, as experiências, os estilos de vida e as práticas sociais dos adolescentes em função da interação de seus processos de maturação biológica, social e mental se apresentam distintamente (TOLEDO, 2008).

Em países de cultura oriental, muçulmana, a condição de adolescente é quase inexistente ou relativamente nova, pois a cultura muito presa às tradições, ainda preserva rituais, como ritos de passagens, circuncisão e casamentos arranjados. Como exemplo, tem-se a Índia, em que, especialmente nas comunidades rurais, as garotas, seguindo as tradições, têm matrimônio arranjado e casam-se ainda na puberdade, tornando-se mães por volta dos 16 anos. Para estas adolescentes, a adolescência não existe, uma vez que perpassam da condição de criança para a de adulto rapidamente (VITALLE; MEDEIROS, 2008).

O adolecer caracteriza-se pelo período das descobertas, das experimentações sexuais e do desenvolvimento da autonomia, criando no adolescente o desejo de ser adulto, de ter os mesmos direitos. Contudo, no campo da sexualidade, carece-lhe a experiência e a maturidade (AZEVEDO et al., 2006). Imbuído pelo desejo de ser adulto, pela busca da iniciação precoce da atividade sexual que, de acordo com Mello et al. (2005), o adolescente é influenciado culturalmente pelos meios de comunicações, que compõem condições que determinam a vulnerabilidade do adolescente à infecção pelo HIV.

Vulnerabilidade é um termo derivado do latim, *vulnerabilis*. Consoante Holanda Ferreira (2010), vulnerável é todo aquele suscetível de ser ferido, ofendido ou atacado, ou seja, diz-se do lado fraco de uma questão, ou do ponto por onde alguém pode ser ferido ou

atacado. Portanto, os termos vulneráveis' e vulnerabilidade designam o sujeito susceptível aos problemas e danos à saúde.

Conformemente Vieira et al. (2004), Borges e Medeiros (2004) e Azevedo et al. (2006) enfatizam que a adolescência constitui o período da vida que aumenta a vulnerabilidade às DST e à infecção pelo HIV, não somente pelas transformações biopsicossociais que ocorrem, mas também pelo desejo que o adolescente tem em iniciar suas práticas sexuais e o experimentar de comportamentos que o torna mais vulnerável às DST/Aids.

Já o Ministério da Saúde define a vulnerabilidade como a união de fatores biológicos, epidemiológicos e socioculturais, cuja ação mútua eleva ou diminui o risco à proteção do sujeito frente a uma enfermidade, condição ou agravo (BRASIL, 2006a).

Assim, a vulnerabilidade surge como o produto da interação entre a cognição, afeto, psiquismo (características do sujeito) e as estruturas sociais de desigualdade (gênero, classe e raça), determinando acesso às oportunidades e produzindo no sujeito sentidos sobre o mundo e si mesmo (VILLELA; DORETO, 2006).

A série de mudanças físicas, psicológicas e sociais que acontecem na adolescência torna esta fase um período de maior vulnerabilidade, pois as rápidas transformações que caracterizam o adolescer, como: a evolução da sexualidade, a independência, o afastamento dos pais, as ações reivindicatórias, os episódios de contestações e a percepção paradoxal de invulnerabilidade dos adolescentes os tornam vulneráveis a muitos agravos a saúde. Lourenço (2006) certifica que as frequentes dúvidas, os diversos questionamentos e as preocupações excessivas sobre os eventos que ocorrem nessa fase da vida surtem e reforçam os riscos do adolescer.

Segundo Cezimbra (2008), é na adolescência que o sujeito se torna apto do ponto de vista biológico para a procriação. Entretanto, a maturação psíquica não acompanha a maturação biológica, expondo os adolescentes às DST/Aids, devido a uma iniciação sexual precoce e sem adequadas orientações para adoção de medidas de prevenção. É nesta fase que a situação de vulnerabilidade posterga o adolescente de modo geral, porém é distinta de acordo com o recorte cronológico. A faixa dos 10 a 14 anos é mais susceptível à carência de adequadas orientações e está mais exposta à violência sexual, às DST/Aids e às drogas do que adolescentes que se encontram no período entre 15 e 19 anos.

A abordagem da vulnerabilidade do adolescente em um contexto de maturação sexual precoce torna-se restrita em relação ao universo de situações de vulnerabilidade a que estes sujeitos estão expostos. No entanto, apesar de mais resumido, não se apresenta em

menor complexidade, pois muitos adolescentes, ao passar da infância para a adolescência, ainda não adquiriu condições psicológicas e sociais para enfrentar os variados tipos de agravos e consequências peculiares ao exercício da sexualidade (MARCELLI; BRACONNIER, 2007).

Corroborando o exposto anteriormente, Brasil (2006c) consolida que os adolescentes da faixa etária dos 10 a 14 anos, quando inseridos em um contexto socioeconômico e cultural marcado pela pobreza, pela dependência e pelas discriminações enfrentam a situação de vulnerabilidade às DST/Aids, de forma ainda mais complexa.

Rios et al. (2002) declaram que muitos adolescentes no Brasil vivem em condições de exclusão social profunda, sem acesso às ações institucionais de proteção e apoio que atendam às suas especificidades, enquadrando-se como sujeitos vulneráveis. Estudo realizado pelo Instituto Cidadania (2005) evidenciou que problemas vivenciados pelos adolescentes como: inserção profissional e educacional, dificuldade de serem respeitados em suas opiniões e terem suas necessidades supridas, apresentam-se como elementos para maior vulnerabilidade destes sujeitos.

Segundo Brasil (2007), um grande problema que surge no repertório dos desafios das Políticas de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes no Brasil, na atualidade é, a pauperização da Aids, ilustrando, dessa forma, que as vulnerabilidades vividas pelos adolescentes não podem ser abstraídas das vulnerabilidades que resultam da extrema pobreza que atinge uma parcela da população do País.

Para Cezimbra (2008), os bolsões de pobreza e a baixa escolaridade de muitos adolescentes e jovens brasileiros estão diretamente associados à exploração sexual de meninos e meninas, sendo condição para a ocorrência do aumento de situações de vulnerabilidade destes sujeitos às DST e ao HIV.

A vulnerabilidade vivenciada pelos jovens deve ser um indicador para a elaboração e o planejamento de ações integradoras em saúde sexual e reprodutiva que visem à realização de cuidados holísticos e sensíveis (BRASIL, 2006c). Pois, o sujeito poderá, a partir de uma adequada orientação, afastar-se do estágio de maior vulnerabilidade e tornar-se menos vulnerável, quando é capaz de criticamente ressignificar as mensagens sociais que o coloca em condições de desvantagens ou desproteção frente às DST/Aids (BARRETO, 2008).

Acrescentando a discussão acerca da vulnerabilidade dos adolescentes às DST/Aids, no estudo realizado sobre a vulnerabilidade das pessoas ao HIV, os sociólogos Delor e Hubert (2000) desenvolveram um modelo de análise baseado na identificação de três níveis: a trajetória social, a inter-relação de duas ou mais trajetórias e o contexto social. O

resultado deste estudo trouxe importante contribuição no campo da visibilidade da dimensão social e da subjetividade na questão da vulnerabilidade frente à problemática do HIV/Aids.

A vulnerabilidade como interação das três dimensões apontadas pelo estudo citado encontra fundamento no pensamento de Watts e Bohle (1993) que reconhecem ser a vulnerabilidade a interação de três dimensões: a do *entitlement*, referente ao direito dos sujeitos; o *empowerment*, que se relaciona à participação institucional e política das pessoas; e a dimensão da política econômica, que se trata da organização estrutural da sociedade.

Guerriero (2001), influenciada pela teoria do desafio do campo de Morin (2005), e pela concepção do universo como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, de Capra (1982), representa graficamente a vulnerabilidade como uma teia, cujas dimensões individual, social e programática se ligam e se influenciam de forma mútua.

Toledo (2008) afirma que a analogia entre as propriedades encontradas nas teias da natureza e o conceito de vulnerabilidade elaborada por Guerriero (2001) confirmam a interdependência entre as três dimensões. Assim, ações pontuais em qualquer ponto das dimensões da vulnerabilidade repercutirão nos aspectos das demais, modificando a susceptibilidade dos sujeitos ao HIV.

Ayres et al. (2006) depreende que os sujeitos são vulneráveis ao HIV, no entanto, esta vulnerabilidade não é igual, visto que condições socioeconômicas e culturais contribuem para que sujeitos e grupos sociais se exponham mais ou menos ao vírus.

Conforme Girão Júnior (2007), no plano individual, a avaliação da vulnerabilidade, envolve tanto a dimensão cognitiva como comportamental, em que valores, desejos, crenças, conhecimentos, relações afetivo-sexuais, redes sociais e relações familiares dos sujeitos influenciam os comportamentos, criando diferentes oportunidades de exposição à infecção do HIV.

[...] a vulnerabilidade comportamental toma como ponto de partida aspectos próprio aos modos de vida das pessoas, que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, proteger-se. Ou seja, diz respeito ao grau e a qualidade de informação de que as pessoas dispõem sobre a Aids e suas formas de transmissão, bem como sobre sua sexualidade, uso de drogas e serviços; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupação e, finalmente ao interesse e as possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas efetivas de prevenção (AYRES et al., 2006, p.374).

A análise da vulnerabilidade, quando considera as diferentes possibilidades que o sujeito possui em obter informações e efetivar o uso delas, remete ao plano da vulnerabilidade social, que para Ayres et al. (2003), este segundo plano da análise da vulnerabilidade, inclui a

vulnerabilidade à doença, quanto à vulnerabilidade ao impacto socioeconômico que o HIV provoca.

[...] o acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. [...] Aspectos tais como a estrutura jurídica-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações sociais, relações entre geração, atitudes diante da sexualidade, crenças religiosas, a pobreza etc. são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção (AYRES et al., 2006, p.375).

Para Loforte (2003), o desvendar da rede de significados que fornece forma às experiências do sujeito e que compõe uma sinopse referencial para sua vida, constitui aspecto importante para compreender a vulnerabilidade social dos adolescentes e jovens.

Ayres et al. (2006) enfatiza que na conexão do plano individual ao social encontra-se o plano institucional ou programático da vulnerabilidade, pois o modo como as ações governamentais e os serviços sociais mobilizam os recursos necessários permite aos sujeitos a proteção à infecção e ao adoecimento pela Aids.

[...] a dimensão da vulnerabilidade programática busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação etc. estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? (AYRES et al., 2006 p.375).

Girão Júnior (2007), em estudo sobre a vulnerabilidade e resiliência entre adolescentes e jovens vivendo com o HIV na cidade de Maputo, Moçambique, menciona que no plano programático, a vulnerabilidade deve ser analisada pelo foco da resposta do país para a Aids, em relação à definição de políticas específicas; participação social no planejamento e avaliação; controle social; organização do setor de saúde; integralidade da atenção; equidade das ações; enfoques multidisciplinares; integração entre prevenção, promoção e assistência a saúde; respeito, proteção e promoção dos direitos humanos; participação comunitária na gestão e implementação dos serviços.

Acredita-se que a vulnerabilidade do adolescente à infecção pelas DST/Aids, caracterizada por suas três dimensões, permite a compreensão dos fatores determinantes da

ocorrência da doença, tendo subsídios concretos a realidade destes sujeitos. Dessa forma, como aponta Toledo (2008), ter-se-á os elementos aderentes das experiências dos adolescentes, para planejar e desenvolver estratégias de promoção e prevenção contra as condições que possibilitam a ocorrência da infecção.

3.2 Ação dialógica da educação em saúde e as implicações para o cuidar de enfermagem ao adolescente

Evidenciar a educação em saúde como instrumento de intervenção junto a populações de condutas e hábitos de vida considerados insalubres pelos serviços de saúde trata-se de uma visão histórica, cujas ações educativas se configuram como mecanismos para o controle social, adaptando os sujeitos à ordem vigente. Conforme Carinhanha (2009), a educação em saúde vista nesta óptica não valoriza as raízes do comportamento de cada sujeito, incorre, desta forma, na não resolução plena da situação, apenas mascara com ações de cunho paliativo.

Na nova visão do papel da educação em saúde, como mecanismo de favorecimento de mudanças de práticas e atitudes, entende-se que a realização de ações educativas deve, sobretudo, estimular uma consciência crítica-reflexiva do sujeito em relação às situações de vulnerabilidade, nas quais eles estão inseridos, buscando por ferramentas que permitam a resolução dessas situações baseadas no contexto histórico-social com vistas ao bem-estar individual e comunitário.

Portanto, para que a transformação da realidade, na qual o sujeito esteja inserido aconteça, é preciso que ocorra a socialização das informações e que as redes sociais de apoio entre os profissionais e a população funcionem de forma entrelaçadas, conjugando o saber empírico com o científico, através de uma ação dialógica (FREIRE, 2007).

Ainda, conforme Freire (2008a), para que o movimento de mudança ocorra, faz-se necessária a implantação de uma educação corajosa que enfrente a discussão com o homem comum, de seu direito à participação, levando-o a uma nova postura diante dos problemas que norteiam o seu cotidiano.

Miranda e Barroso (2004) referem que para a Enfermagem os conceitos defendidos por Paulo Freire, como: liberdade, humanização, conscientização, diálogo, cultura, reflexão crítica, ética e problematização são necessários para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, embasadas numa perspectiva transformadora do sujeito.

Concordando com Ferreira (2010), outros conceitos também são muito presentes na obra freireana que se aproximam do cuidar em enfermagem, como: o amor pelo outro, a paciência, a dedicação entre outros. Então, para que o enfermeiro possa desenvolver ações de educação em saúde, é necessário lançar mão de uma ação dialógica, cujo amor seja o ato embasador de todo o processo educativo, de modo a motivar o profissional a compreender que não está ali para ensinar, mas para com o sujeito aprender, pois para Freire (2008a, p.23) “não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Ao ensinar se aprende e quem aprende ensina ao aprender”.

Na perspectiva humanista do assistir em saúde, Oliveira, Zampiere e Brüggemann (2001), na obra “A melodia da humanização”, apontam que o processo educativo contribui para a valorização de aspectos humanos, como: sensibilidade, afetividade, empatia, dignidade e autonomia. Sendo a educação um instrumento de transformação, construção e reconstrução da realidade, tornando o mundo mais humanitário.

É sob esta seara que se acredita que o exercício da Enfermagem, norteado pelo escopo de prática social e embasado pelo compromisso ético com a cidadania, funda a atuação do enfermeiro como educador em saúde por excelência.

O enfermeiro vem se destacando no cenário dos serviços em saúde pelo papel de educador, visto a sua práxis ser norteada pela implementação de estratégias de educação em saúde, a qual favorece a qualidade na prestação de serviços pelos profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde (BASTABLE, 2010).

Segundo Leonello e Oliveira (2008), apesar das novas Diretrizes Curriculares do Conselho Nacional de Educação apontarem para o desenvolvimento do papel educador como competência adquirida na formação do enfermeiro, ainda se necessita de ampla reflexão sobre a implicação no desenvolvimento deste saber fazer, dada a naturalidade com que a educação em saúde vem sendo abordada nas diversas instituições formadoras do país. Os estudos das referidas autoras ainda aguçam para uma melhor ressignificação das ações educativas do enfermeiro, considerando uma educação crítica, com vista ao desenvolvimento de competências em prol de ações embasadas no diálogo e que reconheça as necessidades dos sujeitos postos aos seus cuidados.

Norteado pela reflexão acerca da necessidade de aprofundamento das discussões sobre o assistir do enfermeiro aos adolescentes, Ramos (2001) indica caminhos para o desenvolvimento de ações e serviços da Enfermagem propostos para esta população:

Nas suas ações juntos aos adolescentes, a enfermagem deve se basear nos princípios da articulação interinstitucional da interdisciplinaridade da instrumentalidade de ações de capacitação e mobilização para a construção de práticas emancipatórias [...] o adolescente passa a ser visto como fonte de iniciativa, de liberdade e de compromisso; e o processo educativo remete fundamentalmente, ao compromisso ético com a causa da dignidade plena do adolescente, incluindo a possibilidade de construção coletiva do conhecimento em saúde [...], de modo a abrir espaços singulares para re-contextualizar seus propósitos em bases dialógicas (RAMOS, 2001, p.16-18).

O cuidado dialógico como práxis do enfermeiro originou-se na esfera privada do lar. De acordo com Santos et al. (2002), o cuidado envolve aspectos relacionados à sensibilidade, à compaixão, ao aconchego, à ajuda e ao amor. O enfermeiro no decorrer do tempo vem se preocupando com o desenvolvimento e a implementação do cuidado acompanhado pelo paradigma tecnocrático e não permite a subjetividade do sujeito, resultando no “acultramento do cuidado”.

Desmiuçando ainda mais esta discussão, apoia-se no pensamento freireano: “cultura como aquisição sistemática da experiência humana. Como uma incorporação, por isso crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições ‘doadas’. [...] cultura é toda criação humana” (FREIRE, 2008a, p. 117).

Embasado no pensamento freireano, o cuidado em enfermagem a partir de ações dialógicas promoverá o desvelar das reflexões sobre as variadas lógicas dos serviços, dos profissionais e dos clientes, construindo a consciência libertadora que transforma e que rompe o tecnocratismo das relações que envolvem o cuidar (SANTOS et al., 2002).

Conforme Carinhanha (2009), para a construção do processo de libertação, faz-se necessário considerar o contexto em que o modelo tecnocrático do cuidado está alicerçado. Pois, vive-se em uma sociedade marcada por profundas desigualdades - classista, patriarcal, rodeada por preconceitos de todos os gêneros e individualista, cujo processo de urbanização e industrial exalta a cultura do “ter” como expressão ápice do “ser”; segregando os sujeitos que não atendem aos padrões estabelecidos e favorecendo o fortalecimento do individualismo, promovido pela competição e busca de superar os demais (LUZ, 2004). É, nesse sentido, que o “ter” é visto como expressão do estar dentro dos padrões, destacando-se, comandando a ordem social e mantendo sua posição.

Em consonância com o pensamento freireano, Boff (2001) reafirma que o processo de libertação deve provir da conscientização da situação de injustiça a que estão

inseridos os próprios sujeitos, os quais procuram se organizar para realizarem práticas que transformem as relações sociais que os oprimem.

Para Boff (2001), oprimidos são todos os sujeitos vítimas das relações sociais iníquas, como pobres, indígenas e negros discriminados, mulheres e minorias marginalizadas, como os portadores do vírus HIV ou de qualquer outra deficiência. O referido autor considera que alguns sujeitos, embora não sendo oprimidos, associam-se a estes para juntos e na sua perspectiva empenhar-se por transformações sociais profundas e libertadoras.

Como afirma Carinhanha (2009), imbuídos por esse pensamento é possível o rompimento do processo de orientações para a saúde, cujo sujeito é visto como um receptáculo para as informações que são transmitidas pelos profissionais, que na grande maioria se postam mais sábios do que o cliente. Com isso, o sujeito não se sente motivado a refletir e discutir sobre o que está sendo repassado, seu cotidiano, as implicações das informações passadas, para sua vida. Assumindo, assim, uma conduta não autônoma, aceitando de forma passiva tudo que lhe é transmitido, sem interrogar, sem participar e sem promover a reflexão para que aconteça a mudança. Nesse caso, visualiza-se a alienação do homem, em que o *status quo* permanece, mantendo as relações de poder que permeiam a ordem social atual.

Como prestador do cuidado em Enfermagem, infere-se o cuidar orientado, por isso, comungando o pensamento de Freire (2008b): a ação dialógica do cuidar deve levar o homem-afastado dos seus direitos de cidadão a refletir sobre seu cotidiano e as implicações para sua saúde, buscando as soluções para as mazelas, seus direitos básicos assegurados pela Carta Magna de 88 (alimentação, educação, moradia, saúde etc.). Mas, para que isso venha a se efetivar, é necessário perceber o sujeito como ser histórico, cultural, reconhecer e valorizar seu saber, considerando suas vivências, permitindo-o a tornar-se protagonista de seu existir e do seu processo saúde-doença.

Freire (2008a), defendendo a concepção dialógica, afirma que o homem é ativo nesse processo, e que o cuidar torna-o cômico da realidade em que vive, leva-o a refletir sobre sua realidade, permitindo elaborar possibilidades para promover as mudanças. Portanto, o cuidado dialógico prescinde a relação de diálogo entre enfermeiro-educador e educando de forma mais próxima e igual, em que o profissional se coloca como facilitador do processo de aprendizagem, cabendo-lhe estimular o educando a refletir, a conscientizar, a acreditar no seu potencial para transformar o cenário em que vive.

Santos et al. (2002), refletindo sobre o dia a dia do enfermeiro propõem que o cuidar da enfermagem deve ser cercado por uma abordagem coletiva e criativa, com forte

influência de uma ação solidária, libertadora e com formação de parcerias, visando à construção de um novo cuidar. Nesse sentido, o cuidado é percebido para além da mera caridade, marcada pela solicitude de quem cuida, considerando sempre a variedade cultural de quem é cuidado.

Concebe-se o cuidar dialógico como transformador, no qual o cuidador precisa conhecer o contexto do ser cuidado, pensando com ele os caminhos, as demandas, as soluções e estabelecendo a cisão dos saberes empíricos com os científicos, socializando esses saberes e construindo novos conhecimentos para promover a mudança no desenho da situação do País.

Tendo em vista esses pressupostos e percebendo em seu sentido integral, evidencia-se que não se pode pensar o cuidar de Enfermagem sem o vínculo a uma ação educativa fundamentada no diálogo. Para que aconteça a transformação da condição de saúde e de vida, o sujeito precisa pensar e refletir sobre a realidade que vive, buscando por seus direitos e soluções dos problemas do seu cotidiano.

Por isso, o enfermeiro ao transmitir as informações aos clientes não deve julgá-las como necessárias à saúde do cliente, mas permitir ao sujeito a construção de uma consciência acerca da importância delas para sua vida, pois apenas ele é capaz de conhecer as situações que vivencia e como o mundo ao seu redor se apresenta.

O enfermeiro como educador exerce um papel importante na construção de enfrentamento dos desafios que marcam as experiências no campo da sexualidade vivenciada pelos adolescentes ao longo da puberdade, pois como consolida Nardi (2002), a educação é um instrumento básico da transmissão que consiste em ensinar/aprender, ou seja, preparar os sujeitos para ocupar seu lugar na sociedade, propagando o comungado pela sociedade de modo geral. Portanto, a Enfermagem ao desenvolver ações educativas voltadas à sexualidade do adolescente, precisa favorecer um espírito de comunhão com o adolescente sobre sua realidade, buscando por caminhos e soluções para os problemas vivenciados por ele (CARINHANHA, 2009).

Em se tratando da ênfase à saúde do adolescente neste estudo, cabe destacar a Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes (PROSAD), por sua proposta de aplicar a dimensão educativa em todas as ações dos serviços de saúde com os adolescentes. Os serviços de saúde, na atualidade, reproduzem as relações sociais do adolescente, relegando-o a uma posição de inferioridade e deixando essa população esquecida e a margem da sociedade.

Segundo Borges e Fujimori (2009), entre os grandes desafios impostos na trajetória das políticas públicas voltadas para a juventude está o de romper com a ausência dos adolescentes na formulação, implementação e avaliação dos programas direcionados a eles.

As autoras sustentam que embora hoje o tema da juventude já se insira na esfera pública, as políticas no Brasil voltadas à adolescência e juventude estão aquém do que é preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), encontrando-se em uma fase preliminar, com propostas a partir de debates realizados no interior de instituições formadoras, sem, no entanto, apresentar repercussões no dia a dia dos serviços em saúde (BORGES; FUJIMORI, 2009).

Para a Saúde Coletiva, a prática social da Enfermagem tem como diretrizes a assunção da responsabilidade pelo acompanhamento das condições de saúde do indivíduo, família e grupos sociais, intervindo nos aspectos da estrutura e da dinâmica social que possam promover a superação dos potenciais de desgaste que se manifestam no viver, e não se limitando a imprimir ações de recuperação do desgaste já instalado, dirigindo-se a aprimorar os potenciais de fortalecimento da totalidade da população (ALMEIDA et al., 1997; SALUM; QUEIROZ; SOARES, 1998; BORGES; FUJIMORI, 2009).

Nessa direção, as práticas do enfermeiro em saúde coletiva voltadas para adolescentes e jovens na Atenção Básica devem desenvolver tecnologias intersetoriais inovadoras, que permitam o favorecimento do desenvolvimento pleno da juventude, que considere as diferenças sociais e a forma como estas afetam a manifestação do processo saúde-doença dos jovens (BORGES; FUJIMORI, 2009).

3.3 Metodologia pedagógica conscientizadora de Paulo Freire aplicada às pesquisas da enfermagem

A filosofia pedagógica de Paulo Freire propõe uma nova concepção da educação, que é vista como um processo libertador. Esta filosofia está fundamentada na conscientização e no diálogo, e tem como finalidade a libertação de homens e mulheres da opressão e injustiça. A concepção de educação como caminho libertador acredita no poder criador dos sujeitos como fator de mudança da realidade, transformando as pessoas de meros objetos históricos para sujeitos históricos (GADOTTI, 2001).

Cesarino (2000) diz que a metodologia pedagógica conscientizadora proposta e implementada por Freire preconiza uma relação horizontal, dialógica e crítica entre educador

e educando, permitindo aos sujeitos envolvidos nesta relação uma reflexão crítica da realidade sistematizada e teorizada pelo diálogo e participação.

Em consonância com Freire (2008b), o ser humano deve ser entendido como um ser em busca, a caminho, enquanto ser histórico e cultural, a conscientização desse processo de construção histórica de si e da realidade, busca promover a mudança a partir do sonho que quando norteado pela esperança, transforma-se em motor da história.

[...] se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim como o ciclo gnosiológico não termina na etapa de aquisição de conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa de desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática de transformação da realidade (FREIRE, 2008b, p. 82).

Moura (2007) afirma que a consciência crítica representa a chave para a superação da “cultura do silêncio”, que de acordo com Freire (2005), torna o sujeito incapaz de aprender, não tendo uma ação crítica acerca das coisas e dos fatos descritos na própria realidade. A mesma autora reafirma que a educação conscientizada possibilita ao homem interagir com a realidade, aprendendo a relação existente entre causas e circunstâncias que norteia o viver, produzindo, desta forma, mecanismos de mudança da situação em que vive, apesar de toda relação de poder existente na sociedade.

Para Freire (2002), a educação para a conscientização crítica da realidade tem o objetivo de desenvolver entre os oprimidos o pensamento libertador para que possam exercer atos comprometidos com a reflexão, atuação e criticidade acerca das situações que os tornam presos as amarras da opressão. Acredita que o diálogo seja a ferramenta mais eficaz para que o sujeito passe da “consciência ingênua”- que discerne os desafios de modo simplista, sem aprofundar os nexos causais, para a “consciência crítica”- que analisa, pergunta e não cansa de interrogar.

Assim, a conscientização crítica é algo mais do que “tomada de consciência”, pois aquela consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, permitindo a reflexão crítica e a realização de ações transformadoras (FREIRE, 2007; GADOTTI, 2001).

Miranda e Barroso (2004) argumentam que a conscientização mediante a inserção crítica na história, torna o homem capaz de transformar a realidade em que vive, criando e recriando o mundo. Isso ocorre pelo desenvolvimento da “tomada de conhecimento” que vai

além da “consciência ingênua”, ou seja, sem criticidade, para uma reflexão crítica da própria realidade, tornando-a um objeto cognoscível, procurando conhecê-la e tomando posse dela.

Portanto, o homem por ser um ser de relações, trava com o mundo relações de forma permanente. Estas relações são estabelecidas por uma realidade concreta, em que todos os sujeitos são capazes de captar dados sobre a própria realidade. A captação destes dados configura-se em saber, não existindo a ignorância pura nem a sabedoria absoluta (FREIRE, 2005).

Ao realizar a captação dos dados da realidade, o homem capta nexos causais.

[...] a compreensão resultante da captação será tão mais crítica quanto seja feita a apreensão da sua causalidade autêntica. E será tão mais mágica, na medida em que se faça um mínimo de apreensão desta causalidade. Enquanto para a consciência crítica a própria causalidade de autêntica está sempre submetida à sua análise- o que é autêntico hoje pode não ser amanhã- para a consciência ingênua, o que lhe parece causalidade autêntica já não é, uma vez que lhe atribui caráter estático de algo já feito e estabelecido (FREIRE, 2005, p. 113).

Para Cesarino (2000), a metodologia pedagógica conscientizadora proposta por Paulo Freire insere o homem na realidade, propondo a reflexão crítica sobre as relações travadas com o mundo, tendo como referencial o aqui e o agora, e a percepção da situação. A educação conscientizadora objetiva a transformação social, a troca de experiências, o questionamento, a individualização e a humanização.

O princípio da metodologia conscientizadora centraliza-se na passagem do sujeito do plano da consciência intransitiva ou ingênua para uma consciência crítica. Para que este processo aconteça, o homem deve, a partir da utilização de dados de sua realidade, identificar a causalidade de determinados fatos que o oprime, buscando por entendê-los, no intuito de promover a transformação do seu existir (FREIRE, 2005; 2008b).

Freire dissertando acerca do processo de sensibilização do homem e da educação, descreve duas concepções: a educação bancária e a educação problematizadora e libertadora. O autor aduz o conceito de educação "bancária", referindo que nesta prática "em lugar de comunicar-se, o educador faz 'comunicados' e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem" (FREIRE, 2008a, p. 33). Em oposição está a educação problematizadora, que visa a superar a contradição educador-educando e tornar essa uma relação dialógica. Além disso, para superar a educação bancária, Freire propõe a conscientização do sujeito.

Ao discutir a oposição existente entre as duas concepções acerca da educação, Freire (2008a) diz que na educação bancária o educando é visto como sujeito passivo do

processo de ensino- aprendizagem, enquanto o educador surge como detentor do “saber”, em que a ação educativa acontece por meio da doação de conhecimento, configurando o educador como sujeito e o educando como um mero objeto do processo educativo.

Já a concepção problematizadora e libertadora, maximiza o poder criativo do educando, oportunizando a ele a superação das percepções mágicas e ingênuas da realidade, rompendo as correntes que o aprisiona, impostas pelos interesses dos opressores para os quais não é desejável a transformação do mundo. Essa superação apenas ocorre a partir do diálogo permeado pelo encontro entre a solidariedade e o amor pelo mundo e pela humanidade (FREIRE, 2005).

O diálogo crítico, envolvendo os contextos sociais e históricos, criam novas formas de participação do sujeito na transformação da realidade. Freire e Shor (2000), na obra “Medo e Ousadia”, definem a educação libertadora e acreditam que:

[...] através da educação libertadora, não propomos meras técnicas para se chegar à alfabetização, à especialização, para se conseguir a qualificação profissional, ou pensamento crítico. Os métodos da educação dialógica nos trazem a intimidade da sociedade, a razão de ser de cada objeto de estudo. Através do diálogo crítico sobre um texto ou um momento da sociedade, tentamos penetrá-lo, desvendá-lo, ver as razões pelas quais ele é como é o contexto político e histórico em que se insere. Isto é para mim um ato de conhecimento e não uma mera transferência de conhecimento ou mera técnica para aprender o alfabeto (FREIRE; SHOR, 2000, p. 24-25).

Portanto, esta concepção de educação propõe uma relação dialógica e dialética entre educador e educando, visando à humanização de ambos, acreditando no poder criador do homem enquanto ação política, capaz de transformar a realidade onde vive (FREIRE, 2008a). Ao abordar o conceito de conscientização, o autor em epígrafe destaca diretamente a consciência, mais especificadamente os "estágios crescentes de consciência". A conscientização significa abertura à compreensão das estruturas sociais como modos de dominação e violência (FREIRE, 2005).

As concepções freireanas são utilizadas como referencial pelos profissionais da saúde, especialmente os da Enfermagem, que buscam pela construção de uma educação participativa e conscientizadora, que valorize a vivência do sujeito no Processo Educacional. Freire enfatiza que "ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção" (FREIRE, 2008a, p. 22).

A Enfermagem ao desenvolver práticas educativas, utilizando a metodologia freireana, encontra o estabelecimento do vínculo que deve existir entre as ações de saúde, o pensar e o agir das pessoas, pois através de um processo educativo dialógico crítico e ativo,

motiva o sujeito a desenvolver uma consciência crítica, permitindo-o criar e recriar a própria realidade (FREIRE, 2005).

Martins (2009) relata que as práticas educativas da Enfermagem que visem ao controle do bem-estar e à qualidade de vida das pessoas, necessitam incentivá-las a reconhecer o papel de coparticipantes nas ações implementadas. Brasil (2006c) argumenta que para as estratégias educativas em saúde serem exitosas, precisam promover o despertar da consciência nos envolvidos para o papel libertador que o conhecimento lhe proporcionará, para superar os desafios impostos pelas relações de poder, existente entre os detentores do conhecimento e os demais.

Infere-se que as atividades educativas em saúde devem ser construídas junto à comunidade, compreendendo o contexto histórico e social e, valorizando os conhecimentos e culturas do povo. Ações de saúde desenvolvidas a partir da imposição de tarefas (não fume, faça exercícios, coma legumes e frutas entre outros), como se tem presenciado nas práticas desenvolvidas por alguns profissionais das Ciências da Saúde, torna o fazer saúde algo inalcançável e incoerente com a realidade da população.

Em consonância com o pensamento de Saupe, Brito e Giorgi (1998), acredita-se que as concepções de Paulo Freire ultrapassam o campo da educação como disciplina social, passando a ser entendida como uma forma de ler o mundo, contando e recontando-o, no intuito de transformá-lo a partir de uma ação consciente. Assim, a ultrapassagem da pedagogia libertadora freireana dos limites da educação para o mundo dos homens permite a sua utilização por outras áreas do conhecimento, entre elas, a Enfermagem.

A Enfermagem, ao utilizar-se do referencial teórico freireano, contribui de forma significativa para a construção de práticas de promoção da saúde embasadas por relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas entre profissionais e os usuários dos serviços de saúde (HEIDEMANN, 2006).

As Ciências da Saúde, principalmente a Enfermagem, tem abordado a ação e reflexão de usuários e profissionais em torno de situações existenciais, utilizando a metodologia do Círculo de Cultura, que revive a vida em profundidade crítica (FREIRE, 2008b), abordando temas importantes como educação, saúde, cidadania, qualidade de vida etc.

Ao proceder à revisão de literatura no banco de Dissertações e Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), constatou-se que diversos estudos desenvolvidos pela Pós-graduação em Enfermagem brasileira vêm, de modo

acentuado, utilizando nos últimos anos a metodologia freireana como referencial teórico. No quadro abaixo, citam-se alguns destes trabalhos.

Quadro 1 – Autores que aplicaram a metodologia freireana em estudos

Autores	Aplicação do Círculo de Cultura
Brito (1997)	A alunos de Enfermagem com o objetivo de refletir sobre o processo de ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem.
Diniz (1997)	Proposta para a Enfermagem atuar com familiares de alcoolista
Giorgi (1997)	A docentes de Enfermagem de um curso graduação, com o objetivo de desvelar a problemática do ensino desenvolvido na graduação e as dificuldades de aplicá-lo na prática.
Damasceno (2005)	A sujeitos portadores de diabetes melitos 2, ropendo com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a comunidade.
Heidemann (2006)	A usuários, lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).
Zanatta (2006)	A um grupo de mães acerca dos saberes e das práticas no cuidado à criança de zero a seis meses de vida.
Monteiro (2007)	A enfermeiras que atuavam em ESF, como abordagem metodológica para potencializar a práxis de Educação em Saúde.
Beserra (2009)	A adolescentes escolares acerca da saúde ambiental.
Martins (2009)	A profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da abordagem em Saúde Mental.
Ferreira (2009)	A grupos de jovens da Renovação Carismática Católica ações voltadas para a prevenção do HIV/Aids por meio do Círculo de Cultura.

Esses autores aplicaram com muita propriedade em suas pesquisas o Círculo de Cultura com grupos específicos, obtendo resultados satisfatórios. Portanto, acredita-se que as ações educativas desenvolvidas pela Enfermagem, focadas nas concepções de Freire estejam coerentes com as necessidades dos sujeitos, pois estas são identificadas e solucionadas com a participação deles.

Heidemann (2006) ao observar estas experiências que utilizaram o Círculo de Cultura, método proposto por Freire, fixa que este referencial possibilita trabalhar ações educativas em diversos cenários e situações, tanto a partir do sujeito como da coletividade. Ainda, de acordo com esta autora, importantes investigadores internacionais que realizam estudos no campo da promoção da saúde utilizaram o referencial teórico freireano em suas

pesquisas, entre eles: Labonte (1993) que utilizou a pedagogia crítica de Freire como ferramenta importante para conceitualizar a nova promoção da saúde; Wallestein e Sanchez-Merki (1994) em estudo colocaram que através do diálogo e práxis, pode ocorrer integração entre a cognição e o comportamento, provendo mudanças individuais e comunitárias; Wallerstein e Berntein (1994) em estudo que focalizou o uso abusivo do álcool, desenvolvido em um Programa da Universidade do Novo México, reforçaram que as concepções do educador Paulo Freire, adaptam-se às ideias de *empowerment education*, contribuindo com as ações de prevenção e na elaboração de políticas de saúde voltadas para a nova concepção de promoção da saúde; Labonte, Feather e Hills (1999) utilizaram a pedagogia crítica construtivista de Freire para descrever um breve diálogo utilizado como importante método para a interpretação dos pressupostos do moderno conceito de promoção da saúde. Este “método de breve diálogo” é proposto pelos referidos autores como um método para o desvelamento da realidade das pessoas através de um processo de ação-reflexão-ação em grupo, em que os sujeitos e o pesquisador falam, contam suas histórias e experiências de vida, construindo o processo de empoderamento dos envolvidos.

Vasconcelos (2003) considera que as ideias de Paulo Freire constituem um referencial internacional fundamental para a abordagem de *empowerment*, pois contribuem para a emancipação e o desenvolvimento crítico das pessoas, ajudando-as na libertação das amarras ideológicas da opressão que as aprisiona.



Referencial teórico-metodológico

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Metodologia de Paulo Freire: o Círculo de Cultura

Utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Círculo de Cultura de Freire por se configurar como uma metodologia libertadora, emancipatória e dialógica capaz de transformar o homem em um ser que participa da construção de sua história de forma autônoma, com liberdade, amor e diálogo. Este método possibilita a transformação do mundo através da conscientização, motivando o homem a assumir o papel de sujeito que cria e recria o existir a partir dos recursos que o viver lhe proporciona (FREIRE, 2005).

Ao proceder a uma descrição da literalidade da palavra Círculo de Cultura, tem-se: a palavra “círculo” significa que todos estão à volta de uma equipe, não existindo um professor, e sim um animador responsável em coordenar e animar as discussões, orientando a equipe, buscando pela participação de todos no processo educativo. Já o termo cultura, é importante esclarecer que denota a capacidade que o grupo tem de está em dinâmico movimento, proporcionando modos novos, próprios e coletivos de pensar. Portanto, é um espaço em que todos os sujeitos envolvidos aprendem que aquilo que constroem é outra maneira de fazer sua cultura e sua história (BRANDÃO, 2005).

Na sua origem, o Círculo de Cultura foi proposto por Freire para alfabetizar jovens, porém devido à relevância e amplitude deste método, fez com que despertasse o interesse de outras áreas do conhecimento em aplicá-lo nos seus estudos, dentre elas a Enfermagem. Saupe et al. (1998) evidenciam que o referencial de Freire é uma importante ferramenta que o enfermeiro vem utilizando para abordar as questões educativas, seja na educação formal, preparando pessoas nas escolas de ensino fundamental e médio e nas universidades, ou na informal, realizando programas de treinamento e capacitação de profissionais de Enfermagem ou de outras áreas, além de atividades de educação em saúde nos níveis individual, coletivo e comunitário (SAUPE, 1998).

Para Brandão (2005), o Círculo de Cultura do educador Paulo Freire culmina com a ideia de substituição de ‘turma de aluno’ ou ‘sala de aula’, por uma proposta sistematizada que visa a ensinar uma educação emancipatória, participativa e dialógica.

Para Monteiro (2007), o método de Freire constitui-se na formação de um grupo participativo, em que educador e educando pensam juntos, e ao mesmo tempo em que se ensinam, aprendem. A participação em todas as atividades permite a criação de um espaço de ação–reflexão–ação, troca de conhecimentos e oferta de informações dialogadas.

Freire (2005) afirma que a aplicação da metodologia do Círculo de Cultura requer que o animador esteja atento para o que se fala. As discussões, as conversas e as entrevistas, dentro ou fora do processo dialógico, refletem os temas da coletividade, seu modo próprio, solidário de pensar e viver.

O Círculo de Cultura, tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire” (LIMA, 1979), possui praticamente três fases:

- Primeira fase: a investigação do universo vocabular. Nesta fase, o facilitador busca por aprender as palavras e os temas que os participantes já sabem, ou querem saber e o que precisam saber.
- Segunda fase: a tematização. Compreende o momento em que os participantes codificam e decodificam os temas centrais de sua biografia, buscando pelo significado social e político, tomando consciência da sociedade em que vivem.
- Terceira fase: a problematização. Fase da superação da visão mágica por uma visão crítica, em que o sujeito é capaz de promover transformações no contexto em que vive.

De acordo com Freire (2005), na etapa da problematização, os “temas geradores” são apresentados como situações-problemas codificados para a seguir serem decodificados em debates, proporcionando ao grupo a conscientização dos temas geradores a partir de um processo dialógico.

Jorge (1981), na obra “Ideologia de Paulo Freire”, disserta que o Círculo de Cultura é um método importante de problematizar. A problematização nasce da consciência que o sujeito adquire do mundo em que vive e de si mesmo. Esta consciência faz com que o homem transforme o contexto vivido e se coloque como sujeito de mudança de sua história.

Segundo Freire (1999), o Círculo de Cultura consiste em um lugar onde todos de forma coletiva elaboram o conhecimento. Lima (1979) afirma que a técnica proposta por Freire permite a elaboração do conhecimento decorrente de uma substituição de elementos sociais por elementos simbólicos: primeiro figurados, depois verbalizados oralmente, para chegar à leitura.

Fernandes (1994), referindo-se à Pedagogia de Paulo Freire, diz que o seu método une o conteúdo da aprendizagem com o processo de aprender.

As percepções humanas estavam nos objetos reais e ligados a elas estava o sistema de sinalização, isto é, as expressões verbais. A ação gráfica da verbalidade, era então, um subsistema de sinalização. O que o analfabeto não tinha segundo o entender de Paulo Freire e Jarbas Maciel, era a passagem do sistema de sinalização verbal para o subsistema gráfico. A montagem do subsistema deveria ser realizada pelo próprio educando, com instrumentos fornecidos pelo educador. Partia-se do fato que o analfabeto não era analfabeto na fala (FERNANDES, 1994, p. 155).

O Círculo de Cultura estabelece relações de aprendizagem em que o homem em um ato criativo torna-se sujeito de seu desenvolvimento com liberdade e autonomia, rompendo com os modelos rígidos de educação (FREIRE, 2005).

Consoante Freire (2008a), o Círculo de Cultura com seu processo dialógico extrapola os limites da alienação. Trata-se de uma pedagogia inovadora que proporciona um trabalho participativo pela fala e ação dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Conforme Boehs et al. (2007), o Círculo de Cultura denota espaço de diálogo, cujo objetivo é a descodificação da realidade dos participantes, fomentando uma aprendizagem no seu aspecto mais amplo, ou seja, a criação de espaços de reflexão, nos quais o homem começa a fazer a respeito do seu poder de transformar o mundo.

Martins (2009) enfatiza que os profissionais de saúde precisam viver experiências abertas juntos aos sujeitos para proporcionar-lhes, a partir de ações educativas, o desenvolver de atos criativos na construção do saber. O ato educativo é um importante recurso para a intervenção, devendo ser direcionado no sentido de buscar pela conscientização do sujeito por meio da apreensão da realidade, emponderando-o do papel transformador do contexto social e político no qual vive (FREIRE, 2005).

Diversas experiências desenvolvidas pela Enfermagem que já foram citadas anteriormente demonstram que o Círculo de Cultura é um referencial metodológico aplicável em outros campos, não se limitando somente à alfabetização de adultos. A problematização, norteada pela conscientização e pelo diálogo, contribui de forma significativa para elevar a autoestima do sujeito, incentivando-o a mobilizar-se em direção a uma ação emancipatória e sistematizada na busca pela justiça social.



Metodologia

5 METODOLOGIA

5.1 Natureza do estudo/abordagem

Tratou-se de um estudo qualitativo, que utilizou a pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa revela as questões particulares, com nível de percepção da realidade que não pode ser quantificado, ou seja, a situação não pode ser compreendida apenas pelos cientistas sociais que trabalham com estatísticas, pois o pesquisador qualitativo mergulha no mundo subjetivo das ações humanas e dos aspectos não perceptíveis ou captados por medidas e equações estatísticas (MINAYO, 2006).

Na visão de Bosi e Mercado (2004), a pesquisa qualitativa se caracteriza como descritiva, pois adentra o âmbito da pesquisa como fonte natural dos dados e do investigador como instrumento chave, mediante a percepção do processo e preocupando-se, principalmente, com os significados. Essa ideia concorda com a de González Rey (2005) que enfatiza a pesquisa pela construção de significados e tenta perceber na perspectiva dos sujeitos que dela vão vivenciar o envolvimento de sentidos subjetivos.

Esse método de investigação busca pelo entendimento e pela explicação das relações humanas, ocupando-se como universo dos significados, motivos, crenças, valores, atitudes e hábitos dos homens. O estudo qualitativo revela as atividades humanas de forma criadora, racional e afetiva, o que pode ser apreendido no cotidiano, na vivência e na explicação do senso comum (MINAYO, 2004; HAGUETTE, 2003).

Batista Pinto (2004) declara que a pesquisa qualitativa encontra na pesquisa-ação um instrumento de esclarecimento dos fenômenos de interesse, pois conforme a ação vai sendo construída, é também investigada e interpretada, e com isso, o próprio processo vai sendo modificado.

Concordando com Franco (2005), a pesquisa-ação é a ação conjunta entre pesquisador-pesquisados para favorecer a organização de condições de autoformação e emancipação aos sujeitos da ação, criando um compromisso com a formação e o desenvolvimento de procedimentos críticos-reflexivos acerca de uma realidade; como também desenvolvendo uma dinâmica coletiva, que permita o estabelecimento de referências contínuas e evolutivas com o coletivo, no sentido de apreender os significados elaborados e ressignificações coletivas das compreensões de um grupo.

Já Thiollent (2011) define a pesquisa-ação como uma pesquisa social com base empírica que se realiza a partir da estreita relação com uma ação ou com a resolução de um

problema coletivo, cujo ponto principal é a ação conjunta do pesquisador e participantes que estão envolvidos de modo cooperativo e de forma participativa.

Por ser uma pesquisa-ação, em consonância com o pensamento de Peruzzo (2005), como enfermeiro/pesquisador e animador dos Círculos de Cultura, desenvolveu-se uma interação com os adolescentes em situação de rua, determinando a junção entre a investigação e o processo da ação educativa, estabelecendo a apropriação do conhecimento de forma coletiva.

Desse modo, optou-se por realizar uma pesquisa-ação por não desejar limitar esta investigação aos aspectos burocráticos e acadêmicos da pesquisa convencional (THIOLLENT, 2011), pois ao desejar atuar, ao mesmo tempo em que se investiga, contribui-se, de forma mais efetiva, para a realidade dos sujeitos envolvidos no estudo.

5.2 Cenário do estudo

Inicialmente, é importante entender que em termos administrativos, a cidade de Fortaleza-CE encontra-se dividida em seis Secretarias Executivas Regionais, consideradas instâncias executoras das políticas públicas municipais. Através desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas Secretarias Executivas Regionais (SER), por meio de seus Distritos de Saúde, sendo o órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Diante dessa realidade, o estudo foi desenvolvido no Núcleo Albergue, inserido na Secretaria Executiva Regional (SER III). Esta instituição é vinculada à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará e localizada na Travessa Aragoiana, 77, bairro João XXII – Fortaleza-CE (ANEXO C).

O Núcleo Albergue tem como missão acolher crianças e adolescentes em circunstâncias especialmente difíceis que vivem em situação de rua em Fortaleza-CE, com vistas à realização de um trabalho educativo, que venha proporcionar o restabelecimento dos vínculos familiares, a inserção na comunidade e o retorno à escola formal (FERREIRA, 2000).

O albergue é um abrigo de regime aberto, também chamado de abrigo de passagem, com funcionamento 24 horas por dia sem interrupções, tendo capacidade para 50 albergados. Prestando apoio aos adolescentes no que concerne à alimentação, vestuário, higienização, pernoite, atividades pedagógicas e recreativas, através da orientação de educadores e equipe técnica.

A estrutura física do albergue era composta por quadra de esportes, cozinha, depósito de material de limpeza e alimentação, dois dormitórios, sendo um para rapazes e outro para moças, nesses dormitórios existem camas do tipo beliches.

O albergue também possuía um espaço destinado à realização de trabalhos artesanais, chamado de “oficina de arte”, sala da coordenação, sala das assistentes sociais, sala de apoio para os técnicos de nível superior que atuam no albergue, banheiros para os adolescentes sendo um feminino e outro masculino, além do banheiro para o corpo técnico da instituição, sala de “revista”, em que os adolescentes passavam por uma vistoria para verificar se estavam portando algum tipo de arma ou drogas, além de sala de leitura e informática, contendo cinco computadores, auditório e sala de apoio dos educadores sociais e, por fim, existia um espaço para guardar objetos que não estavam sendo utilizados.

Os dormitórios dos albergados eram acomodações ventiladas e limpas, sendo a limpeza de responsabilidade dos adolescentes. Além dos dormitórios, existia um salão amplo, o qual funcionava ora como sala de jogos ora como refeitório. Também, destaca-se a existência de aparelho de televisão, videocassete, DVD e aparelhos de som que eram diariamente utilizados em atividades recreativas realizadas com os adolescentes.

Atualmente, no albergue existe um corpo técnico formado pelos educadores sociais, uma enfermeira, uma pedagoga, uma educadora física, uma economista, uma socióloga, duas assistentes sociais, uma secretária da coordenação, a coordenadora e alunos de graduação em estágio voluntário.

Também faziam parte integrante da manutenção do albergue os auxiliares de serviços gerais, divididos nas áreas de limpeza e de cozinha, com escala de revezamento, e por um auxiliar administrativo, que cuidava da parte burocrática da instituição.

Os funcionários lotados para cuidar dos adolescentes internos revezavam-se em escalas, chamadas de plantão, de 12 horas de trabalho por 36 de descanso, ininterruptamente, incluindo fins de semana e feriados. Esses eram os educadores sociais que eram responsáveis pela organização das atividades socioeducativas, pelo controle dos horários, pelo relatório ou ata do plantão e por algumas oficinas de arte e brincadeiras. Os educadores ainda eram responsáveis por manter a ordem no local, intervindo em situações de conflitos entre os albergados. Tudo no albergue era mantido pelo Estado, tutor temporário dos adolescentes.

A escolha do albergue se deu em virtude de ser um espaço mantido pelo poder estatal que acolhe crianças e adolescentes em situação de rua, na cidade de Fortaleza-CE, e que atua para que estes sejam protagonistas de sua cidadania no respeito de suas realidades históricas e culturais em constante processo de integração com a família e a sociedade.

A instituição era financiada pelo Governo do Estado do Ceará por meio da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e tinha como público-alvo crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 18 anos incompletos. As crianças e adolescentes que entravam na instituição eram encaminhados pelos Conselhos de Assistência Social (COAS), Conselho Tutelar e Ministério Público (FERREIRA, 2000).

5.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo foram 19 adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, de ambos o sexo. Essa escolha ocorreu, pois o albergue recebia adolescentes até 18 anos incompletos e o Estatuto da Criança e do Adolescente elucida ser adolescente o sujeito entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2007).

A maioria dos adolescentes que frequentavam o albergue já havia passado por vários abrigos, sendo que alguns deles possuíam experiência em casa de privação de liberdade, devido a infrações na rua.

Esses adolescentes em sua grande maioria viviam em situação de rua devido ao rompimento dos vínculos familiares, e mesmos aqueles que ainda possuíam algum vínculo familiar, preferiam a rua, pois assim, evitavam serem agredidos e violentados pelos pais que muitas vezes eram usuários de drogas.

Muitos destes sujeitos possuíam baixa escolaridade, sendo uma exceção àqueles que concluíram o 5º ano do Ensino Fundamental.

Apesar da situação de exclusão social na qual viviam, alguns teciam sonhos, planejavam se casar, ter filhos, viajar, enfim faziam projeções para o futuro, já outros afirmavam que o destino era negro, e que qualquer dia poderiam ser mortos na rua.

Para se ter acesso à população que compôs os sujeitos desta pesquisa, inicialmente, foram realizadas seis visitas pré-agendadas ao albergue, para conhecimento do ambiente e dos adolescentes e vários encontros na instituição que serão descritos na coleta de informações. Nessa oportunidade, foram esclarecidos os objetivos do estudo e formalizado o convite para participação da pesquisa.

A seleção dos sujeitos do estudo atendeu aos seguintes critérios: ser adolescente em situação de rua, frequentador do Albergue; e apresentar condições físicas e psíquicas para participar da pesquisa.

5.4 Coleta das informações

A coleta das informações aconteceu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (ANEXO A), assinatura do Termo de Responsabilidade do pesquisador junto a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) (ANEXO B) e assinatura do TCLE pelos adolescentes participantes do estudo.

A coleta foi desenvolvida de janeiro a abril de 2011, pois de janeiro a fevereiro ocorreu a imersão do pesquisador no cenário da pesquisa, em março a realização das entrevistas individualizadas que foram pré-agendadas com os adolescentes e com a instituição; e no mês de abril foram desenvolvidos os Círculos de Cultura.

5.5 Procedimentos e técnicas utilizados para a coleta de informações

A pesquisa aconteceu inicialmente com a imersão do pesquisador no albergue, que se configurou como o momento de integração deste com o cenário de convívio dos sujeitos, buscando partilhar do cotidiano para compreendê-lo (QUEIROZ et al., 2007). Este momento possibilitou conhecer a missão da instituição como também das normas e rotinas.

Essa etapa aconteceu por meio de visitas semanais ao albergue, como também da participação do pesquisador nas atividades realizadas pela instituição.

No momento seguinte a inserção no cenário do estudo, aconteceu a aproximação do pesquisador aos adolescentes, como também aos educadores sociais que trabalhavam com eles, propiciando, assim, maior interação entre pesquisador e pesquisados.

Ao considerar que se trata de uma pesquisa qualitativa, na qual se articula também em seus fundamentos científicos questões de ordem subjetivas, ocupando-se com universo dos significados, motivos, crenças, valores, atitudes e hábitos dos homens (MINAYO, 2004; HAGUETTE, 2003), foram utilizados para a coleta de informações: entrevista, etapas do Círculo de Cultura, observação participante, registro em diário de campo, além de registros fotográficos.

Nos primeiros contatos com os adolescentes, buscou-se por identificar os problemas e desafios que enfrentavam para prevenção contra as DST/Aids.

A investigação temática fundamentou-se nos riscos do viver na rua, os quais estavam expostos os adolescentes participantes deste estudo. A investigação ocorreu por meio da aplicação da entrevista, cujas informações obtidas possibilitaram um conhecimento prévio do grupo e de seu universo vocabular acerca da temática em estudo. Portanto, a entrevista foi

realizada de forma individualizada e previamente agendada com os adolescentes, visando a conhecer previamente suas características pessoais, articulando-as aos conteúdos desenvolvidos nos Círculos de Cultura, de forma a atender aos seus interesses e necessidades, seguindo assim a fase exploratória da pesquisa-ação.

A entrevista é uma modalidade básica de investigação, pois ao entrevistar, descrevem-se as narrativas sobre as experiências vivenciais dos sujeitos. No caso específico da entrevista, o entrevistador afirma-se e situa-se no papel de pesquisador como instrumento humano, fato reconhecido pelos estudos qualitativos (MIGUEL, 2010).

Tendo em vista os aspectos teóricos da Pedagogia freireana, os Círculos de Cultura aplicados neste estudo seguiram as fases do método, adaptando-os ao alcance dos objetivos propostos:

1ª Fase: a descoberta do universo vocabular, ou seja, a descoberta do conhecimento prévio, da vivência, das histórias individuais dos adolescentes inseridos no Círculo de Cultura;

2ª Fase: seleção das palavras dentro do universo vocabular;

3ª Fase: criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalhou;

4ª Fase: elaboração de fichas indicadoras que ajudaram o facilitador do debate em seu trabalho;

5ª Fase: produção de fichas, nas quais aparecem as situações correspondentes às palavras geradoras.

Com a aplicação das etapas proposta pela metodologia de Freire, permitiu-se aos adolescentes construir, a partir de sua realidade, um novo capítulo de sua história, pois mediante a participação de forma plena e ativa nas atividades inter-relacionadas do Círculo de Cultura, os sujeitos se tornaram mais críticos de forma permanente e independente do grupo ao qual fazia parte, desvelando-se de atitudes mais reflexivas e emancipatórias, superando o comodismo ou a atitude do simples ajustamento, tornando-se autônomos nas escolhas e decisões (FREIRE, 2008a).

Foram realizados seis Círculo de Cultura, envolvendo temas selecionados a partir do contato do pesquisador com os adolescentes. Cada Círculo teve uma duração média de uma hora e meia, pactuadas conforme desejo dos adolescentes.

Os círculos foram intituladas distintamente. O primeiro encontro foi constituído por palavras geradoras sobre “DST/Aids e o viver na rua”, que foram ditas pelos próprios participantes do grupo. Essas palavras significam o contexto real, no qual os adolescentes vivem, sendo essenciais para a condução do Círculo de Cultura e a realização dos encontros posteriores, como também na elaboração das fichas de cultura (BRANDÃO, 2005).

Em cada círculo, seguiram-se as etapas do método mediante a ordenação de momento: acolhimento, problematização e avaliação, sendo que o pesquisador em momento anterior a cada encontro avaliava o material produzido pelo grupo, selecionando as palavras geradoras, criando situações que propiciassem a problematização.

Os temas geradores do Círculo anterior foram importantes para a construção do próximo, e a síntese das experiências vividas em cada encontro serviu para a articulação que cada círculo obtivesse com o anterior e as ideias preliminares de cada círculo surgiram no primeiro encontro e foi redefinida nos encontros subsequentes.

Corroboram-se Monteiro (2007) e Ferreira (2009) que o planejamento dos Círculos de Cultura é fundamental para uma reflexão crítica das informações registradas no encontro anterior, em que falas, gestos e expressões dos participantes devem ser valorizados, possibilitando assim maior flexibilidade para que o método respeite o contexto dos envolvidos na ação educativa.

Tendo em vista a adequação da pesquisa às fases da Pedagogia freireana, elaboraram-se os procedimentos que foram adotados em cada Círculo de Cultura, aqui denominados de oficinas educativas, em que se realizou um paralelo resumido entre o Método Paulo Freire (BRANDÃO, 2005) para a educação e sua adaptação as ações de Educação em Saúde que foram desenvolvidas neste estudo:

1º Círculo de Cultura - Interagindo com o grupo: conhecer e respeitar o saber prévio dos adolescentes, para juntos elaborar o conhecimento acerca das DST/Aids.

1º momento: aplicação da dinâmica: quem eu sou, e quem tu és?

2º momento: construção de um desenho que respondesse ao questionamento: o que você sabe sobre as DST/Aids?

3º momento: construção do painel: o que é DST/Aids?

4º momento: apresentação do painel e problematização.

5º momento: avaliação.

2º Círculo de Cultura - O desvelar das DST/Aids junto aos adolescentes

1º momento: aplicação da dinâmica do espelho.

2º momento: senta que lá vem História. Exibição do vídeo educativo: o que é o HIV?

4º momento: roda de conversa: em uma palavra o que você achou do vídeo?

5º momento: Avaliação.

3º Círculo de Cultura - Como posso me prevenir das DST/Aids?

1º momento: aplicação da técnica, utilizando figuras e imagens recortadas de revistas, em que cada adolescente individualmente escolheu uma imagem e justificou o motivo da escolha.

2º momento: problematização.

Exposição dialogada, mostrando os vários meios de prevenção das DST/Aids e exibição do vídeo *Rep* da Prevenção.

3º momento: construção dos painéis: como pega e como não pega a Aids.

4º momento: apresentação dos painéis por cada grupo.

5º momento: avaliação.

4º Círculo de Cultura - O que eu aprendi sobre as DST/Aids?

1º momento: aplicação da dinâmica do repolho com várias perguntas (APÊNDICE D), envolvendo a problemática das DST/Aids.

2º momento: construção e apresentação de uma dramatização utilizando fantoches.

- O grupo foi dividido em dois subgrupos e foram convidados a criar e apresentar uma dramatização sobre o que aprenderam sobre DST/Aids.
- Neste círculo foi utilizada a dramatização para auxiliar no processo de desconstrução e (re) construção coletiva.

3º momento: avaliação

5º Círculo de Cultura - O que eu ainda preciso aprender para me prevenir das DST/Aids?

1º momento: Individualmente, cada adolescente expressou o que aprendeu no encontro anterior.

2º momento: Construção dos *reps* da prevenção.

3º momento: apresentação dos *reps* construídos.

Para estimular a criatividade dos adolescentes, utilizaram-se vários instrumentos musicais que auxiliaram a execução deste momento.

4º momento: Avaliação.

6º Círculo de Cultura - Síntese do que foi vivenciado e avaliação dos momentos

Elaboração do desenho-estória, visando a retratar o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids. O desenho-estória, segundo Winnicott (1991) funciona como agente facilitador para acesso aos conteúdos inconscientes e por trazer à tona os conteúdos

inconscientes, pode-se dizer que é um procedimento mediante o qual é possível ter captar as ideias e emoções do sujeito de forma mais espontânea. Esta técnica é projetiva, utilizada para conhecer o dinamismo da personalidade dos participantes (COUTINHO, 2001).

Encerramento dos círculos: avaliando os encontros e firmando alianças na prevenção das DST/Aids.

Todos os Círculos de Cultura tiveram três momentos: sensibilização, desenvolvimento, com a utilização de técnicas de grupos, e avaliação das oficinas. O desenvolvimento do primeiro círculo possibilitou a elaboração dos próximos círculos, permitindo o reconhecimento dos conceitos formados pelos participantes sobre a prevenção das DST/Aids.

Os Círculos de Cultura desenvolvidos favoreceram o aprendizado de forma rápida, permitindo contextualizar a realidade dos participantes, criando um espaço para o diálogo aberto sobre as vivências, favorecendo a inter-relação e proporcionando liberdade e crítica, resultando na construção de um grupo mais participativo (FREIRE, 1999).

A realização dos círculos possibilitou descobrir os desafios enfrentados pelos adolescentes no tocante à prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e assim, procurou-se por desenvolver neles a reflexão acerca da vulnerabilidade a estas doenças, no intuito de realizar um trabalho que não se reduzisse a transmissão de meras informações a respeito da promoção da saúde, mas a abordagem com dimensões integradoras de ações promotoras de saúde. Dessa forma, optou-se por utilizar, a partir da abordagem dialógica freireana, Círculo de Cultura, que permitiu um ensino aprendizado contextualizado com a realidade dos adolescentes, existindo uma inter-relação que proporcionou liberdade e crítica acerca do assunto abordado nas oficinas, sendo assim um grupo para diálogo, debate e trabalho (BESERRA; ARAÚJO; BARROSO, 2006).

De acordo com Monteiro (2007), a observação-participante foi importante para a definição do papel do investigador durante todo o processo investigativo da pesquisa, pois favoreceu captar uma série de dados não facilmente obtidos por meio da entrevista.

Segundo Minayo (2004), a observação-participante explicita a percepção do pesquisador com relação ao estudo, apresenta um contato direto com o objeto da pesquisa para que se consigam informações sobre a realidade dos agentes sociais face a face com os observados, podendo assim transformar e ser transformado pelo contexto. Procedendo, assim, a observação participante reforçou o elo entre o pesquisador e o sujeito.

Para integrar o universo da técnica de observação participante que foi aplicada em todo o percurso metodológico, utilizaram-se anotações em diário de campo que, segundo

Beserra, Araújo e Barroso (2006), permitiu o registro detalhado do conteúdo das observações no campo de pesquisa, envolvendo a descrição do ambiente e as reflexões como pesquisador, incluindo as observações pessoais, especulações, os sentimentos, as impressões e as descobertas durante a fase de coleta de informações.

Em virtude do compromisso de manter total vigilância nas vivências dos círculos, foi necessário eleger uma pessoa para executar o registro fotográfico. A utilização desta técnica possibilitou apreender as vivências e expressões do grupo por meio da interação e produções manuais individuais e coletivas.

A realização dos registros fotográficos como instrumento de coleta de informações durante o desenvolvimento dos Círculos de Cultura aconteceu pela impossibilidade do pesquisador/facilitador dominar apenas com a vivência nos círculos a demanda das informações produzidas em cada oficina educativa e devido à necessidade de o enfermeiro/pesquisador assumir o papel de facilitador de cada círculo (MONTEIRO, 2007).

A opção por utilizar a fotografia como recurso tecnológico é importante para a análise das informações coletadas, em virtude da possibilidade da retomada do material em dois momentos distintos, imediata e posteriormente, a sua realização, e sempre que se fizer necessário (FERREIRA, 2009).

5.6 Organização e análise das informações

As informações foram organizadas mediante descrição e organização dos resultados transcritos obtidos a partir das falas dos participantes na íntegra, ordenadas pela narração e discussão, seguindo a sequência dos Círculos de Cultura, permitindo, assim, a análise e interpretação das informações, pelo grupo, do significado da experiência do pesquisador/facilitador e do diálogo que se traça com a literatura relevante ao estudo de reflexão crítica do discurso popular (GIL, 2006).

O planejamento das diversas tarefas realizadas na descrição e análise das informações ocorreu da seguinte maneira: transcrição das informações, a partir da observação dos registros em diário de campo, e das imagens fotográficas, exame sistematizado do *corpus* do estudo e das anotações registradas após a realização da vivência nos Círculos de Cultura nos momentos de: acolhimento, problematização (expressão), síntese e/ou avaliação, priorizando os registros das falas dos participantes, como também das discussões e dos debates acontecidos durante os círculos; e, finalmente, a análise de todas as informações obtidas.

As informações obtidas através do processo dialógico e argumentativo do Círculo de Cultura foram interpretadas de modo a promover codificação e categorização das comunicações orais e/ou escritas, considerando as regras de encadeamento, associação, exclusão e equivalência presente nas falas.

Os resultados obtidos a partir das entrevistas individualizadas foram apresentados de maneira a mostrar uma síntese dos relatos das falas dos adolescentes em situação de rua acerca do que sabiam sobre as DST/Aids, das formas de prevenção e das situações vividas que poderiam levá-los à infecção por estas doenças.

Após conhecer o universo temático dos adolescentes, seguiu-se para o agrupamento de todas as falas e desenvolveu-se categorias temáticas. Para alcançar esta etapa, percorreu-se o caminho que constou da transcrição dos relatos dos adolescentes por ocasião da entrevista. Uniram-se as informações dos participantes e grifaram-se os aspectos que mereceu atenção e que se enquadravam nos objetivos desta pesquisa.

Diante dos depoimentos semelhantes e diferentes, desenvolveram-se as seguintes categorias: 1- O conhecer acerca das DST; 2 - A Aids percebida como uma doença incurável e contagiosa; 3 - Experiência/vivência com uma DST; 4 – Proteção e risco.

As informações foram apresentadas em categorias, que de acordo com Paulo Freire, prestam-se melhor para entender as perspectivas sintetizadas a partir das falas dos sujeitos, suscitando interrogações e podendo abrir novos caminhos (GADOTTI, 1998). Assim, seguindo o que afirmam Rodrigues e Leopardi (1999), a apresentação em categorias permite preservar a riqueza original do conteúdo presente nas mensagens.

5.7 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Ceará e aprovado sob o número: 301/10 (ANEXO A). A pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Resolução nº 196/96, outorgada pelo Decreto nº 93.933/87, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Os referenciais supracitados tiveram como objetivos assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa e do pesquisador do estudo. De acordo com as orientações da Portaria nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, a autorização para realizar o estudo com os adolescentes ocorreu em duas instâncias: junto aos responsáveis pelo albergue e por meio dos próprios

adolescentes. Os adolescentes foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Foram assegurados a confidencialidade, a privacidade, a proteção das imagens, em que sua visualização foi distorcida ou tomada de forma a ocultar a aparência física, garantindo a não identificação dos informantes, como também a não divulgação das informações, exceto para os estudiosos do assunto, visando a evitar qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Contemplou também o princípio da beneficência, a partir do momento que foram observadas novas possibilidades e propostas apresentadas pelos participantes da pesquisa, garantindo o retorno aos sujeitos estudados e sua coletividade.

Apreciou-se o princípio da não maleficência, por não apresentar riscos ou desconforto aos sujeitos, não utilizando termos que lhes trouxessem constrangimento e nem tão pouco expondo os clientes às situações que atingissem sua integralidade.

Outro princípio agraciado foi o da justiça, em que todos os participantes da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos, estando, igualmente, beneficiados com os achados, sem discriminação ou indução dos resultados obtidos.

Contemplou-se, também, o princípio da autonomia, ao tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando independência, livre escolha e defendendo a vulnerabilidade.

No intuito de preservar o anonimato dos adolescentes, utilizaram-se nomes de heróis da mitologia grega, esta escolha se deu por considerarmos que estes adolescentes por viverem em uma condição de exclusão social e, ainda, manterem a luta pela vida, se aproximavam do espírito de heróis. Os heróis escolhidos foram: Pirra; Atalanta; Deucalião; Aquiles; Orfeu; Castor; Belerofonte; Europa; Agamenon; Lo; Ajax; Heitor; Édipo; Ariadna; Cadmo; Ulisses; Pólux; Jasão e Perseu.



Resultados e discussões

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Caracterização dos atores da pesquisa

No intuito de melhor conhecer os participantes deste estudo, aplicou-se a entrevista individualizada, pois como afirma Freire (2008b), para que o diálogo surja como prática da liberdade é necessário que a relação educandos-educador se encontre em uma prática pedagógica antecedida pela busca do conteúdo programático. Este momento ocorreu com a interação de educandos-educador em torno das inquietações que foram dialogadas na ação educativa.

O grupo participante do estudo foi composto de 19 adolescentes em situação de rua, de ambos os sexos, assim distribuídos, 14 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Com relação à faixa etária, variou entre 12 e 17 anos, todos frequentadores do Núcleo Albergue.

Já em relação aos dados sociodemográficos dos adolescentes, apresenta-se o quadro a seguir contendo uma síntese das informações referidas pelos adolescentes e alguns dados relevantes.

Quadro 2 - Características sociodemográficas e educacionais dos adolescentes em situação de rua participantes deste estudo, 2011

Nome	Idade	Sexo	Escolaridade*	Naturalidade	Procedência
Pirra	15 anos	Feminino	3º ano	Fortaleza	Antônio Bezerra
Atalanta	16 anos	Feminino	EJA	Fortaleza	São Cristovão
Deucalião	16 anos	Masculino	7º ano	Fortaleza	Montese
Aquiles	17 anos	Masculino	3º ano	Morada Nova	São Cristovão
Orfeu	14 anos	Masculino	5º ano	Fortaleza	Antônio Bezerra
Castor	16 anos	Masculino	4º ano	Fortaleza	Genibaú
Belerofonte	17 anos	Masculino	6º ano	Aquiraz	Aquiraz
Europa	16 anos	Feminino	5º ano	Fortaleza	Bom Jardim
Agamenon	12 anos	Masculino	4º ano	Quixadá	Quixadá
Lo	16 anos	Feminino	1º ano do Ensino Médio	Fortaleza	Barra do Ceará
Ájax	15 anos	Masculino	6º ano	Fortaleza	Conjunto Ceará
Heitor	17 anos	Masculino	6º ano	Fortaleza	Serrinha
Édipo	14 anos	Masculino	3º ano	Trairí	Trairí
Ariadna	16 anos	Feminino	4º ano	Camocim	Camocim
Cadmo	12 anos	Masculino	4º ano	Fortaleza	Edson Queiroz
Ulisses	14 anos	Masculino	4º ano	Brejo Santo	Brejo Santo
Pólux	16 anos	Masculino	Analfabeto	Fortaleza	Conjunto Ceará
Jasão	15 anos	Masculino	4º ano	Maranguape	Maranguape
Perseu	12 anos	Masculino	3º ano	Fortaleza	Serrinha

* Em concordância com as alterações decorrentes da Lei 11.274, de 6 fevereiro de 2006.

6.2 O conhecer do universo temático

O conhecimento prévio dos adolescentes sobre as DST/Aids foi identificado através da entrevista realizada com 19 participantes a partir de questões norteadoras relativas à temática do estudo.

Os adolescentes ao responderem aos seguintes questionamentos: 1. O que você sabe sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)? 2. O que você sabe sobre a prevenção das DST/Aids? 3. Quando você está na rua que situações podem levá-lo a adquirir uma DST/Aids? Expressaram conhecimentos que motivou a consolidação das seguintes categorias: 1 - O conhecer acerca das DST; 2 - A Aids percebida como uma doença incurável e contagiosa; 3 - Prevenção e risco; 4 - Experiência/vivência com uma DST.

Através do material coletado junto aos adolescentes em situação de rua, a construção da Categoria 1 - O conhecer acerca das DST originou-se de forma contraditória, pois ao mesmo tempo em que alguns adolescentes afirmavam saber acerca das DST, outros afirmavam não deter de nenhum conhecimento sobre estas doenças, e mesmo as afirmativas sobre conhecer e não conhecer eram confusas. Deste modo, as falas dos adolescentes versaram nesta categoria entre o desconhecimento das DST e o conhecimento das DST.

Categoria 1 - O conhecer acerca das DST

De acordo com Ferreira (2010), a palavra conhecer vem do latim *cognoscere*, “saber, conhecer”, de com-, “junto”, mais *gnoscere*, “saber”, do grego *gignoskein*, “saber”. Conhece-se algo *a priori* quando o se reconhece sem recorrer à experiência. Já se conhece algo *a posteriori* quando o se conhece recorrendo às experiências ou vivências, neste caso pode-se encontrar a definição do conhecer das DST (BRASIL, 2006a).

Nos discursos dos adolescentes acerca do conhecimento sobre a temática das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o conteúdo dos relatos demonstrou que alguns dos adolescentes participantes do estudo tinham ideia do contágio pelas DST, sendo a relação genital apontada como via principal desta contaminação. Além disto, a Aids, a sífilis e a gonorreia foram às doenças mais citadas entre os adolescentes que afirmaram conhecer acerca das DST, de acordo com os relatos: [...] *Aids eu sei, é quando um homem penetra uma mulher sem camisinha, aí passa né?*(Aquiles). [...] *Conheço a Aids, a sífilis e a gonorreia* (Lo). [...] *Sei mais ou menos. Sei da Aids, Sífilis, sei que são doenças que se pega na relação vaginal* (Atalanta). *Já ouvi falar na Aids [...] Sei que é perigosa* (Jasão).

O conhecimento e as informações sobre uma determinada doença constituem-se elementos essenciais para a adoção de medidas de prevenção. É notório, entretanto, que a atenção deve se dirigir não para o saber do senso comum, mas para o saber fundamentado, construído a partir da aplicabilidade do conhecimento científico nas ações do cotidiano do sujeito. Porém, cabe salientar que o saber científico tem que ter certa relação ou familiaridade com o saber do senso comum (JODELETE, 2001).

Pôde-se perceber que alguns adolescentes ao expressarem acerca da problemática que envolvia as DST/Aids fizeram emergir um conhecimento veiculado às diversas formas e focado em um saber adquirido a partir de suas vivências. Portanto, através dos relatos, visualizou-se o estabelecimento de uma cisão entre o conhecimento e sua aplicabilidade, refletindo diretamente na relação de causa e efeito da vulnerabilidade destes sujeitos a estes agravos à saúde.

Nessa categoria, verificou-se o conhecimento e até mesmo a inter-relação que os adolescentes faziam ao abordar o tema das DST, quando estes falavam dos tipos de doenças que existiam, como também citavam de forma clara o nome de algumas destas enfermidades. [...] *É Aids, é Sífilis, é gonorreia, são doenças perigosas e que se pega no sexo sem camisinha* (Europa). [...] *DST sei sim [...] Já ouvi falar na Aids [...] Sei que é perigosa* (Ulisses). [...] *DST são doenças graves e que passa no sexo* (Ariadna). [...] *Acho que são doenças transmissíveis e pega se fizer sexo sem camisinha* (Belerofonte).

Constitui uma habilidade importante aos sujeitos estabelecer uma relação do conceito e dos tipos de DST que existem, pois assim estarão de modo efetivo, estabelecendo a construção do conhecimento sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis, a partir de um espaço cercado pelo debate e diálogo em grupo, promovendo melhor identificação das dificuldades e limitações que o grupo enfrentará ao abordar a temática. Assim, permite ao facilitador o planejamento e a elaboração de ações educativas que visem a formular propostas e caminhos que superem as barreiras impostas pela não informação, resultando em uma comunicação fluente e dialógica, de modo a promover a participação dos sujeitos de forma autônoma e emancipatória (FREIRE, 2010).

Concorda-se com Miranda e Barroso (2004) quando mencionam que a inserção crítica do homem na história, mediante a conscientização, torna o sujeito capaz de criar e recriar a realidade em que vive. Pois, com a “tomada de conhecimento” que se caracteriza por algo que vai além do conceito da “consciência ingênua”, tornando esta realidade em um objeto cognoscível, cujo sujeito a partir da criticidade norteadora por uma reflexão crítica do próprio mundo no qual se insere, procura conhecê-lo e toma posse do mesmo.

Corroborando o pensamento das autoras acima, surgem as afirmações de Freire (2008a) e Gadotti (2001) que discorrem acerca da conscientização crítica do sujeito que permite o desenvolvimento crítico da tomada de consciência, possibilitando a realização de ações transformadoras, fundamentadas em uma reflexão crítica.

Ao estabelecer um espaço para o diálogo, assegurando a palavra a todos os envolvidos no processo educativo, cuja tarefa não é algo fácil, requer tanto do grupo em estudo quanto do pesquisador uma consciência do seu papel político-social, além de ser necessário o uso da criatividade para executar de forma perene esta criticidade, tanto nos momentos de debates frutos dos círculos como também no cotidiano de cada um (MONTEIRO, 2007).

Dessa forma, os sujeitos envolvidos no processo dialogal necessitam de uma capacidade de conciliar as limitações impostas pelas amarras da desinformação, com as exigências evidenciadas na inabilidade pessoal do ser humano em estabelecer situações de diálogo, superando desta feita as correntes criadas pelo desentendimento e pelos conflitos que surgem a partir da imposição na informação verticalizada, a qual não viabiliza a troca e o crescimento mútuo dos envolvidos (FREIRE, 2010).

Porém, é importante salientar que nem todos os participantes deste estudo souberam associar a Aids a uma DST e que as informações contidas nas falas dos adolescentes não eram expressas adequadas, ocorrendo confusão com várias outras enfermidades e como também em relação à forma de infecção das DST: [...] *Estas doenças pegam quando a gente não toma banho ou vive dormindo no chão sem proteção* (Ájax).

O conteúdo expresso pela fala anterior ratifica a não coesão entre o saber e a sua aplicabilidade no que envolve a problemática das DST/Aids e a vulnerabilidade que circunda esta fase da vida. Por isso, tornam-se necessárias ações contínuas que se voltem não apenas para a transmissão de informações pontuais, mas que promovam a abertura de discussões acerca da vulnerabilidade desses sujeitos às DST/Aids, considerando as necessidades sociais do grupo em estudo e os objetivos propostos pelos programas de prevenção das DST/Aids junto aos adolescentes, recompondo práticas educativas inovadoras voltadas à Promoção da Saúde. [...] *DST? O que é isso? Sei não, dá vergonha* (Pirra). [...] *Sei não doido. Essa doença? Sei nada dela não, doido* (Castor). [...] *DST? Não, não, nunca ouvi falar disto* (Pólux). *Sei mais ou menos, é assim, podem se transmitir no ato sexual* (Jasão). [...] *Aí, eu não sei, estou esquecido. Mas, eu acho que é doença de rua* (Heitor). [...] *Sei não. Eu já ouvi falar mais não lembro* (Deucalião). *Não tenho nenhum conhecimento sobre estas doenças* [...] (Cadmo).

De acordo com os relatos expressos nesta categoria, pôde-se apreender que o conhecimento inadequado dos adolescentes sobre as DST/Aids conduz para uma maior vulnerabilidade destes sujeitos a estes agravos à saúde. A desinformação foi marcante quando ressaltaram: *que não sabe* (Castor). *Que falam que dá vergonha* (Pirra) e *que nunca ouviram falar disto* (Pólux).

Ao expressarem que desconheciam a temática das DST/Aids, foi percebido que não era apenas o insuficiente conhecimento, mas avergonha em abordar a temática que dificultava a possibilidade de receberem orientações necessárias à prevenção destas doenças.

Portanto, torna-se necessária ação aberta e dialogal que pondere as crenças, os valores e os costumes que cercam o contexto de vida dos sujeitos, estabelecendo uma estreita relação entre a temática abordada e a forma como se comportam diante de situações de saúde/doença (BUDÓ; SAUPE, 2004). Com isto, favorece a criação de um espaço envolto a interação e coparticipação dos sujeitos, incentivando-os a uma reflexão acerca da vulnerabilidade aos agravos à saúde.

Conforme Nichiat et al. (2008), a vulnerabilidade deve ser entendida como suscetibilidade dos sujeitos aos problemas e agravos à saúde, possuindo um tripé de aspectos que são interdependentes, ou seja, individual, programático e social.

O adolescente por vivenciar um período marcado por mudanças biopsicossociais, como maturação dos caracteres sexuais secundários; independência socioeconômica e emocional dos pais; elaboração da identidade pessoal e sexual; aquisição do pensamento abstrato; exercício da sexualidade, intimidade e afetividade, o torna mais vulnerável às DST/Aids.

Corroborando este pensamento, surge a ideia de Silva e Lopes (2006) que afirmam que o adolescer contempla o campo individual da vulnerabilidade, devido a alguns fatores que adolescente apresentam pelo fato de estarem vivenciando este período da vida, como: a ação individual frente à situação de risco, as atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção, as atitudes pessoais frente à sexualidade, às vivências da sexualidade e habilidades de negociar o sexo seguro e o conhecimento sobre as DST/Aids.

Concorda-se com Girão Júnior (2007) quando afirma que ao analisar a vulnerabilidade dos adolescentes as DST/Aids, devem-se considerar as diferentes possibilidades que estes possuem na obtenção, na efetivação e no uso das informações necessárias para a prevenção. Todavia, o estar vulnerável não é igual para todos, pois ao remeter ao plano da vulnerabilidade social cujas condições socioeconômicas e culturais são elementos fundamentais para a compreensão desta vulnerabilidade, os quais contribuem de

forma efetiva e muitas vezes decisiva para que os sujeitos e os grupos sociais venham a se expor mais ou menos a estas doenças.

Categoria 2 - A Aids percebida como uma doença incurável e contagiosa

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que dentre as DST, a Aids é a que mais está presente na vivência dos adolescentes em situação de rua. A Aids é vista pela maioria como uma doença muito perigosa, incurável, transmissível e mortal. Evidenciou-se nos fragmentos a seguir que os adolescentes além de considerá-la como uma doença contagiosa, sentiam-se amedrontados, devido ao entendimento de que existe a iminência de morte ao contraí-la. [...] *Não sei o que é isto de DST [...] assim, não estou entendendo muito. Mas sei o que é a Aids. A Aids é muito perigosa, depois de pegar é só esperar a morte mesmo* (Orfeu). [...] *Eu só ouvi falar da Aids, todos falam que ela mata, é uma doença incurável, coitado de quem pegar a Aids* (Agamenon). *Nunca vi falar disso de DST. Já ouvi falar muito na Aids [...] sei que é uma doença muito perigosa* (Édipo).

Essas informações vem a corroborar com os achados descritos nos estudos de Mandú et al. (2000), em que a Aids é descrita pelos adolescentes como uma enfermidade progressiva e que ocasiona a morte; os de Borges (2006) que a Aids é percebida como uma doença mortal, incurável, contagiosa que maltrata e de tratamento prolongado; e o de Oliveira (1992) e Paiva, Peres e Blessa (2002), cujos participantes expressaram nos seus relatos a Aids como algo feio, ruim, maldito, que causa medo, sendo morte certa e doença sem cura.

De acordo com alguns adolescentes participantes deste estudo, não apenas a Aids representava sinal de medo, o fato de estar na rua significava vivenciar situações de medo constantemente, isto devido às várias formas de violência e à drogadição. As situações de violência e o uso das drogas, acompanhadas pelas relações sexuais com múltiplos parceiros e desprotegidas, levam estes sujeitos a maior risco de infecção pelas DST/Aids. [...] *Na rua você sabe? Têm drogas. Quando eu uso drogas os pivetes me fazem fazer sexo oral com eles. Abusam de mim* (Pirra). [...] *Os pivetes nas ruas tomam drogas, ficam tudo doidão, transam sem medo, nem querem saber de nada* (Agamenon). [...] *Na rua têm muitas drogas, eu nunca injetei nada em mim [...] tem vários pivetes que usam drogas e vivem trocando agulhas* (Europa).

Devido ao sentimento de inquietação proveniente do medo que estes sujeitos sofrem pela condição do viver na rua, torna-os os indiferentes ao risco que correm de infectar-se por uma DST/Aids. Percebeu-se a partir dos conteúdos expressos nos relatos a seguir que para este grupo que enfrentava diariamente o “mundo da rua”, o HIV, apesar de ser visto como algo temível, o mundo em que eles estavam inseridos fazia com que o HIV fosse apenas mais um dos tantos riscos dos quais estavam acostumados a enfrentar. [...] *Na rua acontece isso,*

ninguém faz sexo com camisinha, ninguém tem medo de nada, se tivesse medo não estava na rua (Ájax). [...] Na rua ninguém tem medo de nada não. Na rua ninguém se preserva. Os pivetes têm medo de nada não. Medo de pegar doença? [...] se eu tivesse medo, nunca que eu ficaria nas ruas (Pólux). [...] Na rua é fácil transar, mas lá ninguém usa camisinha não, porque ninguém tem medo de pegar doença não (Perseu).

O sentimento de onipotência que é tão característico deste período da vida leva o adolescente a imaginar que a infecção pelo HIV nunca irá acontecer com ele. Paiva, Peres e Blessa (2002) declaram que especialmente para os adolescentes mais vulneráveis à Aids é apenas mais “um risco”. Sendo que uma parcela significativa da juventude acredita ser mais confortável imaginar que se for para se infectar com o HIV, é insignificante fazer algo, pois vai se infectar assim mesmo. *[...] Na rua, o sexo é fácil. Lá ninguém usa camisinha não, porque ninguém tem medo, tio eu gosto de transar com camisinha não, porque eu não gosto, eu sei que posso pegar essas doenças que você tá falando, mas eu tenho medo não, nem me preocupo, porque se for para eu pegar vou pegar assim mesmo. Transei por várias vezes e nunca peguei nada, porque vou ter medo? (Cadmo). Acho que estas doenças só pega se for para pegar [...] só transo com menina limpa e não transo com estes veadinhos não (Aquiles).*

Observa-se que a preocupação com as DST, em especial a Aids, aumenta quando o adolescente conhece alguém do grupo que tenha a doença, chegando a adotar como medida de proteção, excluir do grupo a pessoa doente: *[...] Tem um pivete aqui no albergue que tá com uma doença destas, ele tá indo por doutor e se tratando. Eu nem chego perto (Pirra). [...] Tem uma menina na rua que vive dando em cima de mim, os outros pivetes ficam dizendo que sou veado, mas é porque acho que ela tem AIDS. Deus me livre, chego perto dela não (Édipo). [...] Quando na rua a gente sabe que alguém tem AIDS a gente trata normal, mas é assim, eu começo a mim afastar dela (Lo). Quem tem Aids a gente trata bem, mas a turma começa a se afastar quando sabe da doença (Orfeu).*

Esses depoimentos retratam a noção das DST/Aids enquanto “doença do outro”, o que leva o sujeito ao não reconhecimento da própria vulnerabilidade a infecção por estes agravos à saúde, que de acordo com o que afirma Abichequer (2007, p. 99), isto muitas vezes está fundamentado na ideia de que o não contato com o doente torna a Aids um inimigo bem distante de sua realidade, descrevendo assim uma postura preventiva do tipo: “a doença está nele, se eu me manter longe dele, estarei salvo”. Frente aos relatos, permanece em destaque a noção de que tanto representações quanto práticas associadas à prevenção das DST/Aids são compreendidas apenas no âmbito da exposição à doença.

Segundo Villela e Arilha (2003), a noção ilusória de que não existe o risco do sujeito se infectar quando identifica a pessoa doente e a exclui das relações grupais, não é medida suficiente para diminuir a vulnerabilidade dos sujeitos à infecção pelas DST/Aids, podendo ainda criar a falsa ideia de que tomando esta atitude está livre do risco e isto poderá se tornar um fator dificultador da tomada de consciência do sujeito acerca da necessidade do

uso do preservativo em todas as relações sexuais como medida preventiva destes agravos à saúde.

Alguns depoimentos mereceram atenção, primeiramente, para o fato de que alguns dos participantes referiram conhecer pessoas na rua que estavam infectadas pelo HIV. Apesar das DST/Aids serem apenas mais uma situação ameaçadora entre várias outras, as quais estes sujeitos eram obrigados a conviver, a Aids adquire importância na vida destes quando algo concreto acontece em suas próprias vidas ou na sua rede de relações, evocando sentimentos ligados à confidencialidade e à proteção da identidade do soropositivo ou doentes de Aids (PICCOLO; KNAUTH, 2002).

Os relatos de alguns dos participantes caracterizaram bem a contradição e o conhecimento equivocado ou preconceituoso em relação à doença, pois enquanto eles afirmavam saber sobre a doença e as formas de infecção, escondiam dos pares quando a tinham. Também excluía aqueles que poderiam ter a doença como forma de se defender daquilo que era visto como algo mortal e “feio”. Isso se evidenciou por meio das falas: *Uma pessoa lá na rua falou pra mim que tem Aids. Mas eu não digo pra ninguém que ela tá doente (Atalanta). A Aids só pega quem quer. Tem uma pessoa lá na rua que ela tá com Aids, mas ela esconde de todo mundo (Deucalião).*

Categoria 3 - Prevenção e risco

O que se percebeu ao adentrar aos conteúdos dos relatos dos adolescentes em situação de rua é que alguns deles acumulavam informações acerca dos meios de prevenção das DST/Aids. A percepção do contágio estava presente em seus depoimentos como fonte de preocupação.

A maioria dos sujeitos participantes deste estudo relatou, por ocasião das entrevistas individualizadas, que já possuíam vida sexual ativa. Referiram a necessidade de conhecer a vida do parceiro, a fim de evitar transar com portadores do HIV.

Alguns dos participantes alegaram que o modo de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis mais adotados era o uso do preservativo, ratificando a associação direta que faziam entre as DST/Aids e o contato sexual, sendo constatada nos relatos: *[...] Primeiramente, eu não sou de fazer sexo com quem eu não conheço. Quando eu saio com alguma menina eu preciso saber se ela não tem doença. Não fico com qualquer uma não. Na rua vejo muito, muito mesmo garotas de programas e travestis fazendo ponto, conheço as meninas que fazem ponto. Elas me chamaram várias vezes e eu até já fiz relação com umas meninas lá, mas quando eu faço é com camisinha (Ulisses). [...] Se escuto o povo dizer que essa pessoa tem Aids [...] eu já não tenho contato com ela. Eu já não transo mais com esta pessoa (Cadmo). Na rua, as pessoas vivem pegando mulher que faz programa. Mulher que pega doença. Tio eu não vou*

na mulher quando eu estou sem camisinha. Se tiver sem camisinha eu não vou, não. Na praia, têm muitas mulheres fazendo programas, elas me chamam, mais eu não vou, não. Tenho medo de pegar doenças (Belerofonte).

Percebeu-se que o uso do preservativo foi a forma mais destacada para a proteção durante as relações sexuais, fossem aquelas com parceiros conhecidos ou provenientes de programas.

Em alguns relatos, notou-se que a preocupação com a infecção pelas DST/Aids cedia lugar ao medo da gravidez, compartilhado entre meninos e meninas, em que frequentemente existia uma confusão ao associar os contraceptivos como meio de proteção contra a Aids. [...] *Para não pegar a Aids temos que usar camisinha, comprimido, injeção para não pegar doença e nem filhos (Lo).* [...] *O povo lá na rua chama a gente pra fazer programas. Mas quando eu vou, tenho medo aí só se for com camisinha e comprimido, pois assim não pego barriga e nem Aids (Atalanta).*

O uso do preservativo, como já mencionado anteriormente, foi referido pelos adolescentes que afirmaram já possuir vida sexual ativa, como medida mais adotada durante a relação sexual para proteção das DST/Aids, este achado corrobora os dados encontrados nos estudos de Borges (2004), Loyola (1995) e Guimarães (1994) que também afirmaram que o uso do preservativo pelos adolescentes ocorre, sobretudo, em função da preocupação que demonstram a uma possível gravidez e não como medida de proteção e prevenção das DST/Aids, uma vez que o medo da gravidez é percebido como mais provável, sendo este o mais aceitável pelos companheiros.

Borges (2004) ratifica que para os adolescentes que vivenciam situação de rua, em que precocemente saem de casa sem informações precisas sobre gravidez, e sem receber a devida assistência pelos serviços de saúde, revelam que o risco à infecção pelas DST/Aids e a gravidez não planejada configuram-se realidades presente diante da inexistência de práticas sexuais seguras e da insuficiente prevenção.

Em relação aos riscos enfrentados por estes adolescentes pela condição de vivência de rua, os relatos foram claros e precisos: [...] *Na rua têm muitas meninas vagabundas, sexo na rua é muito fácil, todo mundo vive fazendo sexo sem camisinha (Perseu).* [...] *Na rua ninguém usa camisinhas [...] as meninas que conheço a maioria já esteve embuchada porque transaram sem camisinha (Lo).* [...] *O senhor conhece o Heitor e o Deucalião ele são veados. Eles são namorados. O Heitor é a mulherzinha e transa com o Deucalião sem camisinha lá no Terminal do Siqueira. O Deucalião diz que ele quer usar camisinha, mas o Heitor não deixa porque diz que é melhor sem. Eles são doídos vão pegar Aids qualquer dia (Orfeu).*

Em alguns relatos, constatou-se que o uso de drogas injetáveis esteve presentes no cotidiano desses adolescentes, e que nem o medo que sentiam do contágio pelas DST/Aids era argumento suficiente para adoção de medidas de proteção, permanecendo a crença de que se

fosse para “pegar Aids”, iriam contrair independente de prevenção, pois se assim estivesse determinado, nada poderia mudar este destino. Acredita-se que uma provável justificativa para este comportamento dos adolescentes em situação de rua encontra-se na percepção de muitos em relação ao futuro, em que a maioria alegou que o destino estava definido pela vontade de Deus. Isto pode ser constatado por meio do discurso: [...] *escuto o povo falar que se previne destas doenças fazendo o que se manda, transar com camisinha. As pessoas dizem ficar transando com qualquer pessoa no meio do mundo é perigoso. Mas eu não gosto de usar camisinha. Pois se for para eu pegar esta tal de Aids não terei como evitar, pois cada um tem o destino que Deus quer. Sei que é perigoso fazer sexo sem camisinha, pois qualquer pessoa pode ter esta doença, mas sempre faço sem camisinha e nunca peguei graças a Deus* (Aquiles).

Dentre os adolescentes participantes deste estudo e que afirmaram já terem vivenciado experiências sexuais, alguns, por ocasião da entrevista individualizada, mencionaram a não utilização do preservativo durante as práticas sexuais, conduta esta justificada por vários argumentos: *que não usa camisinha, pois só pega menina limpa e não transo com veados* (Perseu). *Não deixa usar camisinha porque diz que é melhor sexo na carne* (Cadmó). *Não usa preservativo, pois não tem medo de pegar doenças* (Aquiles).

A partir da reflexão acerca dos relatos mencionados, acredita-se que não existe convergência entre o discurso e a prática destes adolescentes acerca da prevenção das DST/Aids. Pois, a insuficiente noção sobre a importância de medidas de proteção, e tendo como meios de proteção frente às Doenças Sexualmente Transmissíveis apenas o conhecer do parceiro, a sorte e o não medo do contágio, não se caracterizam como ferramentas suficientes para que estes sujeitos não se tornem alvos fáceis da infecção por estas doenças.

Na vivência prática do pesquisador enquanto professor substituto da Disciplina Enfermagem no Processo do Cuidar do Adolescente e como participante das ações de extensão do Projeto AIDS: educação e prevenção, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, mediante a realização de ações de Educação em Saúde a adolescentes de escolas e ONG de Fortaleza-CE, percebeu-se que apesar da existência da orientação dos programas do Ministério da Saúde, que elucidam que o adolescente sempre tem acesso livre ao fornecimento de preservativo e que já existem nas unidades de saúde preservativos de tamanho específico para adolescentes (BRASIL, 2006c), os adolescentes alegam o não uso do preservativo.

Isso encontra justificativa no fato de que não é fácil encontrar nas Unidades Básicas de Saúde preservativos de tamanho proporcional ao órgão sexual do adolescente, tendo que utilizar o preservativo de tamanho único, que ao colocar, não se fixa

adequadamente e machuca. Este fato também pode contribuir para que estes sujeitos não se protejam nas relações sexuais, possibilitando o contágio pelas DST/Aids.

Através dos relatos dos adolescentes, visualizou-se que ao mesmo instante que dizem usar preservativos em todas as relações sexuais, de maneira geral, não eram capazes de adotar práticas sexuais condizentes com as informações que dizem possuir sobre a Aids.

Evidenciou-se, ainda, que os participantes deste estudo expressaram em seus discursos a percepção de risco de maneira equivocada, pois ao mesmo tempo em que afirmavam conhecer os riscos que estavam envolta as práticas sexuais desprotegidas, não usavam o preservativo em todas as relações, devido ao uso de drogas, realidade vivenciada por alguns deles.

Para Marques e Cruz (2000), é na passagem da infância para a adolescência que o consumo de drogas tem o seu início. Em relação aos adolescentes em situação de rua, em que a exclusão social e a violência diária fazem parte de sua realidade, utilizam-se as drogas a fim de sobreviverem diante de tanto sofrimento. Muitos adolescentes afirmaram que encontravam nas drogas meios para suprir o que desejavam, dando-lhes poderes, tornando-os invulneráveis aos riscos que se expunham diariamente. Esta estratégia adotada pela maioria destes adolescentes leva-os a todo tipo de violência que os tornam vulneráveis às relações sexuais desprotegidas, condicionadas pela perda da percepção da importância da adoção de medidas de prevenção das DST/Aids.

O efeito das drogas incentiva o adolescente a diminuir a noção de risco, perdendo a percepção individual das medidas preventivas (FERGUSSON, 1999; SENA 2002; UNAIDS, 2000). Os estudos de Deans e Singh, (1999); Huang; Guagliar; D'angelo (1999); Joseph; Guagliar; D'angelo (1999) enfocam a relação existente entre o uso das drogas e o risco da infecção pelas DST/Aids entre adolescentes.

Vários pesquisadores convergem ao afirmar que o adolescente tem conhecimento razoável sobre as DST e as medidas de proteção, porém a proporção daqueles que fazem o uso do preservativo em todas as relações sexuais se apresenta baixa (PAIVA, 2000; PARKER, 2000; VIEIRA et al., 2000; PERES et al., 2002 ; BORGES, 2004).

Auferiu-se a partir dos relatos dos sujeitos participantes deste estudo que a problemática de prevenção das DST/Aids evidencia-se na preocupação e no medo da doença, porém muito dos adolescentes não são motivados à adoção de medidas efetivas de proteção. De maneira geral, o medo que muitos afirmam ter das doenças não é suficiente para que assumam práticas sexuais seguras, mudando condutas em relação à prevenção.

Categoria 4 - Experiências/vivências com as DST

Nos diálogos com os adolescentes por ocasião das entrevistas, foram expressos pensamentos, sentimentos, conhecimentos, valores em relação às experiências/vivências com uma DST. Essas informações geraram a presente categoria.

Nesta categoria, denominada Experiências/vivências com as DST, aborda-se a percepção da prevenção às DST de alguns adolescentes participantes deste estudo que relataram já terem vivenciado ou estavam vivenciando uma destas doenças.

Tendo em vista as mudanças individuais desses sujeitos no decorrer de sua trajetória de vida sem e com uma DST, discorre-se inicialmente sobre as experiências/vivências antes da infecção com uma DST.

Compreendeu-se que os adolescentes antes de vivenciarem a experiência da infecção por uma DST, adotavam posturas referentes à despreocupação com sua vulnerabilidade e com adoção de comportamentos voltados para o não uso do preservativo, como confirmado nos relatos: [...] *Quando eu estudava uma vez meu professor disse que a Aids tá no mundo, mas eu nunca tive medo da Aids, então eu não usava camisinha, sempre pegava as meninas sem preservativo [...] os pivetes da rua ficavam todos me zoando dizendo que era otário demais porque eu dizia para todo mundo que eu não tinha medo da Aids [...] sexo na rua é fácil, todo mundo vive fazendo isto na rua, eu não tinha cuidado [...] (Jasão). Na beira mar tem muita garota de programa e travesti, eles me chamavam e eu ia pra ganhar dinheiro, por dinheiro eu ia. Eu não usava camisinha, porque tinha homem que não gostava de usar camisinha. Eles não aceitavam. Às vezes eu dizia que só se for com camisinha, mas eles não aceitavam e eu acabava indo sem camisinha (Atalanta). Eu pegava as meninas que usavam drogas. Elas me chamavam para fazer sexo com elas e eu ia. Nem queria saber se elas andavam portando doenças no corpo. Onde eu andava tinha muita garota piranha. Por onde eu andava arrumava uma conhecida e transava com ela sem camisinha (Cadmo).*

De acordo com os relatos dos adolescentes, as DST antes da infecção não eram tidas como problemas, sendo completamente ignorada a necessidade de adoção de medidas preventivas durante as práticas sexuais. Porém, verificou-se que a informação, fosse adequada ou não, esteve presente nos discursos analisados.

Quando se colocam à tona comportamentos sexuais despreocupados com a necessidade de medidas preventivas, não se pode deixar de relatar o pensamento de Pinheiro (2005) quando afirma que a adolescência e suas características favorecem a intensa atividade sexual, seja pela elevada taxa de hormônios ou pela curiosidade de conhecer o novo, sendo todo este cenário que envolve o adolescer favorável à ocorrência de relações sexuais de desprotegidas.

Corroborando este pensamento, emerge a ideia de Cuchnir e Mardegan (2001) ao afirmarem que a fase da adolescência caracteriza-se pelos impulsos sexuais e as paixões ardentes, deixando os adolescentes mais susceptíveis aos perigos que os cercam. Não se sentindo ameaçados e não se preocupando em exercer nenhum tipo de controle sobre suas práticas sexuais.

Para estes adolescentes, as DST/Aids eram praticamente inofensivas, pois suas atitudes propiciavam a negação das informações sobre o modo como estas poderiam ser adquiridas, como serem evitadas, sobre os problemas que estas poderiam causar. As DST/Aids eram problemas que pareciam praticamente não fazer parte das vivências destes adolescentes.

Visualizaram-se a partir dos discursos desses adolescentes, que os mesmos detinham poucas informações, além de não terem qualquer experiência mais próxima. Manifestando, assim, certa negação da possibilidade de estas doenças fazerem parte de suas vidas.

A imagem que os adolescentes tinham acerca das DST/Aids, ainda mesmo que reconhecidas como um possível agravo à saúde, era tratada como algo improvável e porque não dizer distante da realidade, não representando nenhuma ameaça para a saúde. Acentua-se, a partir das falas dos sujeitos, que até a Aids, percebida pela maioria das pessoas como uma doença progressiva, associada inevitavelmente à morte, não era temida por eles. É provável que, em parte, esse pensamento encontre justificativa na ideia de que para evitar a Aids é necessário somente o distanciamento daquelas pessoas que apresentavam sinais físicos da doença.

Essa percepção pode estar respaldada pelo fato de que os meios de comunicação durante alguns anos passaram de forma equivocada a imagem do portador do HIV como uma pessoa debilitada e com aspecto de doente, com a falsa ideia de que para ter a doença era preciso que estas características estivessem evidenciadas.

Os adolescentes ainda possuem a falsa percepção de que a pessoa infectada pelo HIV é aquela doente de Aids com doenças oportunistas, não reconhecendo o soropositivo como alguém que apresenta risco. Portanto, julgam as pessoas pela aparência e se previnem apenas quando conveniente.

Em relação às atitudes dos adolescentes acerca da prevenção das DST, após a infecção, conseguiu-se ampliar, totalmente, com suas implicações biopsicossociais todas as repercussões em suas vidas. *Devido a minha falta de cuidado já passei por uma doença destas, mas já fui ao hospital, me tratar sobre este negócio de esquentamento. A doutora disse que para evitar isso tem que*

sempre usar camisinha toda vez que a pessoa for fazer sexo com outras pessoas. Rapaz agora eu aprendi, sempre que for fazer sexo tem que se prevenir, senão a pessoa pega HIV. A doutora disse que não é só o HIV, têm vários outros tipos de doenças. Agora quando estou na rua e as garotas me convidam para eu fazer sexo, eu não aceito não. Eu quero é me recuperar desta doença e das drogas, pois quero voltar para casa de novo (Jasão). [...] O médico falou que estou com um problema de infecção, acabei pegando em uma relação sexual, eu não tive cuidado e acabei pegando um problema. Mas estou me tratando, e agora só transo se for com camisinha, pois se não usar camisinha você pode pegar Aids, se você transa com qualquer um, transa com um, transa com outro, é perigoso (Pirra). [...] Eu tenho uma doença destas. O doutor disse que é uma DST. Mas estou quase curada. Se eu tivesse usado camisinha quando transei com meu namorado lá no terminal do Siqueira eu não tava doente e nem estava esperando um bebê. Meu namorado depois que eu fiquei assim ele não me quer mais (Ariadna).

Os relatos dos adolescentes demonstraram que antes da infecção por uma DST/Aids, eles não conseguiam perceber o risco que se expuseram de contrair o HIV. Revelaram até um pouco de indignação por terem adotado atitudes não responsáveis nas relações sexuais, afirmando a negação do risco.

Concordando com Freire (2008a), a mudança de comportamento requer conscientização do homem. Esta conscientização implica no conhecimento deste homem acerca dos significados que norteiam seu existir e do momento histórico que vivencia, sendo necessário um comprometimento consigo e com o mundo em que vive.

A carência de compromisso consigo e com a sociedade que os rodeiam esteve expressa nos relatos, no momento em que ignoraram a possibilidade de contágio pelas DST/Aids, destacando que sabiam que a Aids estava no mundo, mas mesmo assim não tinham medo da infecção, percebendo-a como algo distante de sua realidade. Desse modo, não adotaram condutas preventivas, chegando a se infectarem com uma dessas doenças.

Encontraram-se, em certos momentos nos relatos dos adolescentes, a percepção de que as DST/Aids eram doenças a que todos estavam sujeitos, porém, mergulhando no contexto vivenciado por eles, visualizou-se que existia a negação por parte da grande maioria destes adolescentes da possibilidade das DST/Aids fazerem parte de sua realidade. Esse achado sugere a compreensão de que é possível que o sujeito reconheça as formas de infecção e o modo de prevenção das DST/Aids, contudo não aplica tal conhecimento para se proteger, ampliando a sua vulnerabilidade.

Identificou-se, a partir dos achados expressos nesta categoria que a atitude preventiva depende mais da identificação dos riscos a que estão sujeitos, do que propriamente das informações que tenham acumulado acerca do modo como as DST/Aids podem ser

transmitidas/prevenidas, motivando o questionamento das razões as quais os adolescentes negam a possibilidade de se infectar com essas doenças.

Para os adolescentes que expressaram experiências com as DST, a ideia de risco mostrou-se incompatível com a condição de onipotência tão marcante na adolescência, considerando que sociedade brasileira, comumente, a sexualidade do adolescente é exercida através da visão de infinitude, da permissão do amor e da negação do risco (SANCHES, 1999).

6.3 Descrição das ações educativas desenvolvidas em cada Círculo de Cultura

1º Círculo de Cultura - Interagindo com o grupo: o conhecer do universo vocabular

O primeiro Círculo de Cultura teve o intuito de conhecer o universo vocabular dos participantes, para tanto utilizaram-se as palavras geradoras relacionadas às DST/Aids, prevenção, viver na rua, as quais subsidiaram o planejamento das ações educativas de acordo com as vivências dos adolescentes atores deste estudo.

Como se tratava de um grupo muito heterogêneo, iniciou-se o encontro com uma dinâmica quebra gelo, intitulada: quem eu sou, e quem tu és? Caracterizando o momento de sensibilização.

Nesse momento, cada adolescente se apresentou e, em seguida, perguntou-se ao colega do lado quem era. A seguir a apresentação do grupo, foram explicados os objetivos dos círculos, estabelecendo um espaço de interação com os participantes.

No momento seguinte, solicitou-se a cada adolescente que construísse um desenho que respondesse ao seguinte questionamento: o que você sabe sobre as DST/Aids? Com a realização desta estratégia, buscou-se por conhecer o universo vocabular dos participantes.

À medida que a estratégia acontecia, foi permitida maior interação do pesquisador com os adolescentes, animador do Círculo de Cultura, a qual favoreceu um momento cercado pela criatividade, inovação, alegria e união do grupo. Freire (2008a) afirma que para acontecer um ambiente de aprendizagem cercado por um clima alegre, é necessário que a ação educativa seja marcada pela relação entre a alegria e a esperança, esperança esta de que educador e educando possam aprender e ensinar juntos.

A construção do desenho permitiu maior integração entre o grupo, fortalecendo sentimentos de união. Alguns adolescentes demonstraram de forma espontânea as

Os adolescentes deste estudo tinham em comum, não somente a faixa etária, mas também a condição de exclusão social em que viviam, todavia, independente disto, cada um possuía características próprias e singulares.

Concordando com Cano, Ferriani e Gomes (2000), no processo de construção da identidade, o adolescente dissipa grande parte de sua energia, pois ao construir sua identidade, necessita elaborar lentamente os lutos vivenciados, para que possa se incluir no mundo com um novo corpo.

No momento de exposição dos desenhos construídos, um dos adolescentes expressou: [...] *Eu não fiz desenho desse negócio de DST não, fiz um imagem do que é que eu estou precisando agora [...] o meu desenho é o da paz* (Jasão).

Ao enfatizar o estado de espírito, no qual se encontrava o adolescente, este expressou nitidamente algo muito peculiar do processo normal desta fase, que era o estado de depressividade, marcante neste período da vida. A busca pela paz, retratada na imagem criada e expressada intensamente como o que mais importava naquele momento, tornava-o indiferente às outras coisas, tendo a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis pouca importância diante do que estava vivendo. Neste sentido, a tristeza e o sofrimento podem contribuir para que o adolescente se torne inapto ao enfrentamento da sua vulnerabilidade às DST/Aids.

Assim, Marcelli e Braconnier (2007) identificam que o adolescente comumente menciona sentimento de tristeza, agitação e cólera, sendo que a presença destes aspectos ao longo do adolescer é argumento favorável à premissa de que a adolescência é marcada pela depressividade.

Outros três adolescentes participantes do círculo relataram que os seus desenhos expressavam o sentimento de tristeza que os mesmos estavam vivenciando nos últimos tempos, devido ao rompimento dos laços familiares e a não possibilidade de desfrutar do convívio dos pais: [...] *Eu fiz este desenho, pois eu queria viver novamente com eles dois [pais]* (Atlanta). [...] *Eu não queria que minha mãe tivesse morrido, pois se ela ainda fosse viva eu não tava aqui, se ela tivesse aqui eu não estaria sofrendo tanto. Ela sim me amava [...]* [choro]. *Já ele [pai] não gosta de mim, me colocou para fora de casa.* (Belerofonte). [...] *Meus pais não gostam de mim, eles brigam muito e batem em mim, por isso eu fujo, vivo na rua, pois assim não apanho* (Cadmo).

Ao relatarem o rompimento do convívio familiar, visualizou-se que para estes adolescentes o que mais importava no momento era o enfrentamento e a superação do luto pelo qual estavam vivendo, e que a reestruturação de sua família mudaria o rumo de suas vidas.

Baeza et al. (2005) dizem que para o adolescente a relação de vínculo familiar satisfatório é importante, pois deste modo as suas necessidades de carinho e afeto são atendidas, pois quando não se consegue satisfazer estas necessidades, eles buscam das diversas formas satisfazer os incômodos e as carências afetivas, tendo relacionamentos estabelecidos a partir de uma maior dependência emocional, a qual aumenta a probabilidade de práticas sexuais desprotegidas, tornando-se vulneráveis às DST/Aids.

Alguns adolescentes do estudo afirmaram que os desenhos criados por eles expressavam de forma intensa um alerta para o grupo de que a Aids é uma doença grave. [...] *A AIDS é uma doença grave. Todos os tipos de doenças transmissíveis são o que mais acontece nas ruas, com mulheres fazendo programa ou então com os seus próprios maridos e por isso que devemos nos prevenir das doenças. Diga não as doenças transmissíveis (Lo). [...] Aids, fique sempre atento (Orfeu). [...] Para não morrer cedo, use camisinha, porque Aids mata (Europa).*

Nos relatos, identificou-se o desejo de servir, potencializando, assim, o protagonismo juvenil destes sujeitos para a divulgação de informações a respeito da prevenção das DST/Aids junto ao grupo no qual estavam inseridos. Apesar da individualidade de cada um, todos viviam juntos a mesma condição de exclusão social, as vivências de um, se misturavam com as dos outros com quem se relacionavam, sendo que este conviver necessitava da união e harmonia.

Como facilitador do grupo e por intermédio dos desenhos construídos pelos adolescentes, percebeu-se a participação ativa deles no Círculo de Cultura; como também, por meio do painel construído e pelos relatos explicativos dos desenhos, o desvelar de uma realidade cercada pela vulnerabilidade às DST/Aids.

A discussão a respeito do painel construído pelos adolescentes, iniciando-se pelo compartilhamento dos desejos, das emoções, dos sentimentos e vivências que inquietavam o grupo no campo pessoal, constituiu-se como uma estratégia eficiente para demonstrar a estreita relação que existia entre a realidade social destes adolescentes com a vulnerabilidade às DST/Aids vividas por cada um deles.

Dessa forma, as discussões iniciais deste Círculo de Cultura conduziram de forma natural à temática do rompimento do vínculo familiar como fator de aumento da vulnerabilidade destes sujeitos às DST/Aids, com isto, encontrou-se em Freire (2002) o fomento para tal condução, quando considera que o “tema gerador” não se encontra no sujeito isolado da realidade, nem na realidade separada do sujeito. Somente podendo ser compreendido nas relações existentes entre o homem com o mundo.

Ao ensinar os adolescentes à possibilidade de expor seus sentimentos e desejos, o primeiro Círculo de Cultura foi marcado pelo processo dialógico aberto, o qual conduziu ao debate de um tema que atrelado à vulnerabilidade às DST/Aids, mostrou-se de grande relevância para o planejamento de estratégias de intervenção pelos gestores públicos junto a esta população, pois ao considerar as fortes influências dos fatores socioeconômicos que estavam intimamente relacionados à situação de exclusão vivida por estes jovens, apresentava-se como terreno fértil para a instalação da vulnerabilidade no campo individual e coletivo deste grupo frente às DST/Aids.

A inabilidade de setores da sociedade e do governo na geração de políticas públicas capazes de intervir a médio e longo prazo no processo de exclusão social, marcado pela extrema miséria, na qual se encontra boa parte dos brasileiros, condiciona o surgimento na vida dos adolescentes de eventos imbuídos pela violência, pelas drogas, pela prostituição que associados às práticas sexuais desprotegidas levam a esta faixa etária da vida maior risco de infecção pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis e pelo HIV.

Não obstante, na vivência deste círculo, realizou-se uma escuta sensível, mediante o que estava sendo expresso pelo grupo, pois muitos dos participantes demonstraram a necessidade de expor seus sentimentos e desejos. Enfim, o conteúdo contido nas falas dos participantes estava cercado de tal profundidade que foi preciso utilizar da escuta ativa, dando lhes atenção.

Com isso, observou-se que a necessidade primordial do grupo naquele momento não era a problemática que envolvia as DST/Aids, mas a escuta atenciosa e a valorização do que eles estavam sentindo, pois, deste modo, os levariam ao equilíbrio e à tranquilidade do pensamento acerca dos seus lutos, favorecendo, desta feita, o apoio pela troca da vivência de cada um, promovendo um sentimento de motivação e permitindo estar aberto a vivenciar os momentos do círculo de forma mais livre e menos triste.

Procurou-se, enquanto animador do círculo, promover a construção de um ambiente de liberdade, proporcionando aos adolescentes a sensação de alegria em participar das atividades.

A conduta era de respeito à autonomia e à dignidade de cada adolescente, sendo um imperativo ético e não um favor do processo educativo, acontecendo de forma eficiente e prazerosa (FREIRE, 2008a).

Enfim, neste primeiro momento, foi possível constatar que se fazia necessário um trabalho educativo continuado com estes adolescentes, a fim de motivá-los para uma atitude crítica acerca da prevenção das DST/Aids, não como uma questão para os outros, mas algo

que deveria estar presente em si mesmo, sendo capaz de conduzi-los à mudança de comportamento.

Freire (2008b) salienta que uma permanente atitude crítica é o único modo pelo qual o homem pode realizar a vocação natural de integrar-se no mundo, buscando pela superação da atitude de comodismo e ajustamento.

2º Círculo de Cultura - O desvelar das DST/Aids junto aos adolescentes

Este círculo aconteceu mediante as reflexões que surgiram no momento anterior, pois seguindo a proposta de Freire (2008a), o conteúdo programático da ação educativa deve ser planejado conjuntamente entre educador e educando.

No primeiro Círculo de Cultura, evidenciou-se que a maioria dos adolescentes não detinha de conhecimento adequado sobre as DST/Aids. Identificou-se, ainda, que alguns deles não sentiam a necessidade de debater sobre a temática, pois o fato de estarem vivenciando alguns lutos e perdas os tornavam indiferentes à problemática que envolvia a infecção pelas DST/Aids, ou seja, não se percebiam como sujeitos vulneráveis a estas doenças.

Hercowitz e Zan (2007) aduzem que as características presentes no processo do adolecer como: a impulsividade, o sentimento de onipotência, a crença de ser infalível e a certeza de que nenhuma coisa ruim poderá lhe acontecer, deixa o adolescente susceptível à infecção pelas DST/Aids. Então, por estar vivenciando uma fase marcada pela resistência aos problemas dos adultos, associada a não adoção de medidas de autoproteção e à inaptidão para o enfrentamento destes agravos à saúde, tornam-se ainda mais vulneráveis.

Concordando com Nichiat et al. (2008), a vulnerabilidade é vista como a susceptibilidade do sujeito aos problemas e danos a saúde, possuindo três aspectos interdependentes, o individual, o programático e o social, sendo que o adolescente apenas por estar nesta fase da vida, apresenta fatores pertinentes ao campo individual da vulnerabilidade, como: idade, características pessoais, desenvolvimento emocional, ação individual de prevenção frente ao risco, atitude voltada para adoção de medidas preventivas, conhecimento acerca das DST/Aids, habilidade de negociar práticas sexuais seguras e crenças.

Dessa forma, neste Círculo de Cultura, foi planejado um momento de sensibilização que permitisse aos adolescentes expressarem suas características individuais, e funcionasse também para motivar a autoestima deles, promovendo uma vivência na ação educativa de forma mais alegre.

Portanto, aplicou-se a técnica do espelho, que consiste em um espelho dentro de uma caixa de presente, em que cada participante abria a caixa e em seguida olhava a imagem refletida e dizia uma palavra que caracterizasse o que estava vendo. Ao final da dinâmica, os adolescentes falaram ter pensado que dentro da caixa teria algum presente.

Dentre as palavras citadas pelos participantes: criativo, bonito, inquieto, amigo, cansado, impaciente, agitado, calmo, valente, briguento, assanhado e faminto.

A aplicação dessa técnica se fundamenta no que Morin (2011) afirma que é essencial: o autoexame permanente e crítico para propiciar a compreensão das fraquezas que cada um possui, se reconhecendo como seres humanos falíveis, frágeis, insuficientes, inacabados e assimilando a ideia de que todos precisam de mútua compreensão.

Tendo em vista que na fase da descoberta do universo vocabular do grupo os adolescentes demonstraram conhecimentos populares sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis, iniciou-se o momento da problematização pela relação entre DST e Aids. Alguns dos adolescentes não conseguiram associar a Aids às DST. Então, problematizou, questionou e dialogou-se com o grupo de forma que todos os participantes compreendessem a Aids como uma DST e que além dela existem outras.

Freire (2010) defende uma investigação fundamentada em metodologia que atenda à dialogicidade da educação libertadora, na qual a conscientização proporcione ao mesmo tempo a apreensão dos “temas geradores” e “tomada de consciência” pelos sujeitos. Portanto, através de um espaço dialogal, favorecido pelo Círculo de Cultura, promoveu-se entre os adolescentes a consciência da necessidade de compreender sobre a DST/Aids e suas implicações para adoção de medidas preventivas frente a estes agravos à saúde.

O debate do grupo acerca da temática suscitou outras discussões, como: o uso de drogas como fator condicionante para as práticas sexuais desprotegidas, a rua como lugar de sexo fácil, a prostituição como meio de disseminação das doenças etc. Durante as discussões, descobriram-se elementos que mostraram uma maior familiaridade do grupo com o tema.

A cada momento os adolescentes expressavam situações que mostravam a possibilidade que os mesmos tinham para se infectarem pelas DST/Aids, conforme discursos: [...] *eu conheço uns pivetes que não vou falar quem, mas ficava com uns caras lá na beira-mar e agora estão todos doentes* (Perseu). [...] *na rua tem muita drogas você sabe? Aí, os pivetes depois que se drogam fazem sexo de todo jeito e não usam camisinha* (Jasão). [...] *na rua tem muita menina vagabunda. Sexo na rua é muito fácil, todo mundo vive fazendo isto e sem usar camisinha* (Belerofonte). [...] *tem um pivete destes que frequentam o albergue que tá com uma doença destas. Ele me disse que pegou de uma menina lá no Siqueira* (Pólux).

Por meio dos discursos dos adolescentes, observou-se que o uso de droga e o sexo fácil estavam presentes no viver em situação de rua, sendo que esses surgem como fatores condicionantes para atitudes de risco que motiva o adolescente a práticas sexuais com múltiplos parceiros e sem adoção de proteção individual.

Deans e Singh (1999); Huang; Guagliar; D'angelo (1999); Joseph; Guagliar; D'angelo (1999), em seus estudos, enfocam a relação existente entre o uso de drogas, a prostituição e o maior risco de infecção pelas DST/Aids. O efeito das drogas diminui o limiar de percepção de risco, contribuindo para a inaptidão de atitudes responsáveis do adolescente e, conseqüentemente, a não adoção de medidas preventivas (FERGUSSON, 1999; SENA, 2002; UNAIDS, 2000).

Visando a aprofundar o conhecimento acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis, especialmente a Aids, e na busca por fornecer elementos para enriquecer as futuras discussões do grupo sobre a temática posta em estudo, iniciou-se um momento denominado de: *senta que lá vem História!* Momento em foi apresentado um vídeo educativo do Ministério da Saúde intitulado: *o que é o HIV?*

A apresentação do vídeo durou aproximadamente 15 minutos, foi um espaço marcado por total descontração do grupo. Todas as atenções estavam voltadas para as imagens projetadas pelo equipamento de multimídia. Ao final do vídeo, surgiram as seguintes falas dos participantes: *[...] O vídeo é importante, pois mostra como a Aids é transmitida e como devo fazer para não tê-la [...] preciso sempre usar camisinha (Orfeu). [...] Este vídeo é bom demais, pois eu aprendi coisas que eu não sabia. Aprendi que se eu rejeitar uma pessoa com Aids estou sendo preconceituoso (Aquiles). [...] Aprendi que devemos sempre usar camisinha para não pegar Aids e que toda camisinha pode ter um vazamento (Ulisses). [...] Aprendi muitas coisas que eu não sabia, mas o que eu mais gostei foi quando o vídeo disse que tem doença que a gente pega se transar com outra pessoa sem camisinha, isto serve de alerta (Ariadna). [...] Antes de assistir o vídeo que o senhor passou eu achava que estas doenças a gente pegava quando a gente não toma banho ou por viver no chão sem proteção, mas o homem do vídeo disse que Aids pega é no sexo (Ájax). [...] Eu aprendi que o HIV pega se não usar camisinha (Castor).*

Ao utilizar o recurso do vídeo sobre HIV, facilitou-se o processo de tomada de decisões e proveu-se um cuidado, proporcionando ao sujeito espaço de reflexão sobre a problemática da Aids, possibilitando a integração de diferentes capacidades e ampliação do acesso ao conhecimento (VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007).

Diante disso, corrobora-se Gomes (2008) quando destaca que a utilização de vídeo educativo em estratégias de educação em saúde com adolescentes promove e facilita a disseminação das informações de forma criativa, com uma linguagem atraente, que combina imagens, sons e fala com um mínimo de texto escrito, conseguindo por essa interligação

apresentar ideias complexas de maneira mais compreensível do que a forma textual verbal e atingir o público por meio dos sentidos.

No momento de síntese do círculo, foram registradas as expressões mais importantes e significativas para os participantes. O processo dialógico se evidenciou como elemento matriz na realização da estratégia educativa, pois ao propiciar a troca de vivências e informações entre os adolescentes, produziu-se a construção do saber compartilhado.

Os adolescentes ao verbalizarem os sentimentos, fruto da interação homem-mundo, trouxeram para o espaço de diálogo a discussão acerca dos laços familiares rompidos e da estreita relação com a vulnerabilidade que os mesmos apresentavam às DST/Aids, caracterizando como problema social.

Faz-se necessário salientar que os adolescentes em situação de rua, assim como os demais, durante esta fase da vida, apresentam momentos de conflitos internos e intradomiciliares que os influenciam diretamente na diversidade de ver e conviver no mundo (SILVA, 2002).

Os conflitos tornam-se campo fértil para o surgimento da negação de sua sexualidade, que marcada pela imaturidade em lidar com os impulsos sexuais, fruto das diversas mudanças corporais próprias desta fase da vida, tornam-nos susceptíveis à infecção pelas DST/Aids.

Conforme Arilha, Unbehaum e Medrado (2001), essa negação não é característica presente apenas entre os adolescentes, sujeitos nas diversas faixas etárias da vida não se percebem vulneráveis e mantêm relações sexuais com diversas outras pessoas, nunca se vendo ameaçado pela epidemia, deixando de reivindicar sua inclusão nas estratégias preventivas contras as DST/Aids.

O momento de avaliação desse círculo foi resultante da participação ativa do grupo, da atenção voltada para o que os outros estavam expressando, como também do conteúdo apresentado nos discursos: [...] *Eu gostei de participar daqui, pois eu pude falar. Expressei o que eu sinto* (Heitor). [...] *Estou mais sabida. Antes eu sabia errado [...] agora eu não sei mais errado* (Atlanta). [...] *Gostei de tudo, foi bom demais. O melhor mesmo foi na hora do vídeo, pois fiquei achando bom ver o vídeo e comendo pipoca* (Aquiles). [...] *Aprendi coisas novas [...] foi um barato, o senhor é um cara bacana* (Ájax).

Na vivência desse círculo, destacou-se como ponto central a necessidade de coerência em garantir a participação ativa e autônoma dos adolescentes envolvidos neste estudo, além da capacidade de desenvolver escuta sensível aos sentimentos expressos pelo grupo. Isto veio ratificar a necessidade de que o facilitador do Círculo de Cultura precisava

desenvolver a articulação do saber científico ao pensamento democrático, baseado na valorização das potencialidades dos sujeitos e no descobrir dos saberes próprios de cada um.

Ao realizar a análise do material construído durante a estratégia educativa, compreendeu-se a importância da escuta sensível como ferramenta importante que deve ser utilizada pelo facilitador na condução do Círculo de Cultura, visando ao êxito do processo educativo. Isto fortalece o pensamento de Freire (2005) quanto ao saber escutar a partir da compreensão de que não sendo possível a escuta, falando de cima para baixo com os educandos, a prática da escuta ativa se aprende a falar com eles, pois somente quem se põe a escutar paciente e criticamente o outro, mantém um diálogo aberto com ele, mesmo que em certos momentos necessite falar a ele.

Concorda-se com Monteiro (2007) quando refere que o processo dialógico se constitui como estrutura mediadora do Círculo de Cultura, o qual permite a criação de um espaço dinâmico, marcado pela reciprocidade na intencionalidade do estabelecimento de uma prática educativa que promova a autonomia dos sujeitos envolvidos.

Oliveira (2006) argumenta que o sujeito pode ser preparado para viver a sua realidade, alicerçada com conflitos e contradições, devido à conscientização da necessidade de intervenções, não mediante a guerra armada, mas buscando pela humanização das relações entre homens e mulheres, permitindo a ampliação da sua visão do mundo.

Portanto, somente ações educativas norteadas por metodologia como a de Paulo Freire, promovem um caminhar fundamentado no diálogo entre os sujeitos e nas vivências dinâmica das relações inserido no meio em que vivem.

3º Círculo de Cultura - Como posso me prevenir das DST/Aids?

Este Círculo de Cultura foi o momento destinado a discorrer sobre prevenção das DST/Aids, o conhecimento construído no círculo anterior fundamento o aprofundamento das discussões acerca da temática em estudo.

Para este círculo, intencionou-se um acolhimento que funcionasse não somente como um “quebra gelo”, mas que servisse como uma revisão dos encontros anteriores. Portanto, realizou-se a técnica utilizando figuras e imagens recortadas de revistas, em que cada adolescente selecionava uma imagem e justificava o porquê da escolha daquela figura.

Essa estratégia permitiu maior envolvimento dos adolescentes, todos participaram ativamente e com alegria, demonstrando maior intimidade com o desenvolvimento do círculo.

O momento possibilitou que os adolescentes expressassem alguns sentimentos e reflexões: [...] *a figura que eu peguei representa a união das pessoas [...]* (Pirra). [...] *eu peguei a figura de uma arma, pois é com ela que a gente se defende dos inimigos.* (Castor); *minha imagem representa o amor, pois é um homem e uma mulher namorando* (Decalião). [...] *A minha figura representa uma família, pois queria estar junto dos meus pais [...]*. (Europa); [...] *a imagem que eu escolhi significa que devemos ter cuidado, pois existem muitas doenças no mundo e que a melhor forma de evitá-las é se amar* (Lo). [...] *eu não escolhi figura nenhuma, pois eu acho que o sexo é bom, mas tem que ser feito com camisinha [...]* (Atlanta).

No cotidiano dos adolescentes que vivenciam a rua, o revelar de sentimentos que envolvem o amor, a família, a violência, o sexo e o uso do preservativo apresenta-se como realidade possível diante de tanto riscos que os rodeiam.

Entende-se que a infância destes adolescentes não foi marcada pela proteção e pelo cuidado familiar, ou seja, não puderam vivenciar sentimentos de afeto e carinho, já que prematuramente tiveram que assumir responsabilidade para sobreviver.

Traverso-Yepetz e Pinheiro (2002) relatam que as condições vividas por estes sujeitos os expõem à insegurança e à complexidade do ambiente de rua, tornando-os presas fáceis para a violência física e ambiental, sofrendo todo tipo de desrespeitos devido à desinformação acerca dos seus direitos enquanto cidadãos e acabam reproduzindo a violência da qual também são vítimas. Pois, “a violência com que são tratados transforma-se na violência com que tratam os outros” (DEL COLLADO, 1995, p.55).

No momento da problematização, pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre a prevenção das DST/Aids, através de uma exposição dialogada com a utilização de recurso de multimídia no modelo de *power point* que mostrava os vários meios de prevenção e a exibição de um vídeo: o *rep* da prevenção.

Na proporção que se exploravam as imagens contidas no *power point*, várias dúvidas e questionamentos surgiram, os quais foram esclarecidos junto ao grupo. Cadmo, Perseu, Atlanta, Aquiles e Pirra não conseguiam sequer acreditar que as várias outras DST serviam de porta de entrada para o HIV, ratificando com isso o pouco conhecimento acerca da temática abordada.

Diante desse fato, constatou-se que o adolescente em situação de rua, em decorrência da insuficiente informação, encontra-se constantemente vulnerável às DST/Aids, visto que para o grupo o acesso às informações e aos serviços de saúde são extremamente difíceis. A situação destes sujeitos torna-se ainda mais grave, pois o pouco contato que eles tem com o tema é através de campanhas que sempre tem a Aids como pano de fundo em detrimento de outras DST (BORGES, 2004).

Ferreira (2010) salienta que apesar da existência de vários espaços de informação sobre as DST/Aids, como: escola, internet, revistas, jornais etc., uma grande parte dos adolescentes não tem familiaridade com este assunto.

Segundo Linhares e Trindade (2003), é necessária uma educação que possibilite ao sujeito a não negação da realidade e do contexto vividos, possibilitando o trabalhar junto, em que a comunicação surja como capacidade de falar e de viver, permitindo aos sujeitos o senso crítico e a liberdade nas decisões tomadas, sendo estes elementos propostos pela Pedagogia da Autonomia, do educador Paulo Freire.

Após a exposição sobre os meios de prevenção das DST/Aids, com o auxílio do vídeo *O Rep da Prevenção*, apresentou-se através da música a importância da adoção de atitudes seguras para se prevenir contra estas doenças.

O momento foi caracterizado como o compreender das DST/Aids para o descortinar das medidas preventivas, ao passo que o vídeo era exibido, todos os participantes desvelavam termos não familiares ao grupo.

Após a exibição do vídeo, dialogou-se sobre os cuidados e as medidas de prevenção contra as DST/Aids, dentre as quais se destacaram: o não compartilhamento de seringas contaminadas e o uso adequado e sistemático de preservativo em todas as relações sexuais. Uma inquietação expressa pelos adolescentes foi quanto à possibilidade de transmissão do HIV pelo leite materno. Também, conversou-se sobre transfusões sanguíneas. Várias perguntas emergiram a partir da exibição do vídeo: o que quer dizer HIV positivo e negativo? Mesmo usando camisinha pode contrair as DST/Aids? Só passa doença se não tiver fazendo o tratamento? É verdade que nenhum método é totalmente confiável para se prevenir as DST/Aids?

Os questionamentos expostos evidenciaram a relevância da problematização na decodificação pelo grupo, com o auxílio do facilitador do círculo. Paulo Freire, ao propor o método Círculo de Cultura, defende uma educação libertadora, problematizadora que não se limite simplesmente ao ato de narrar, depositar ou transferir informações e valores aos educandos, tendo o espaço dialógico uma relação cognoscível e indispensável em torno do assunto posto em estudo (FREIRE, 2008a).

Para a avaliação do círculo vivenciado, solicitou-se aos adolescentes que se dividissem em dois subgrupos, em que cada subgrupo construiu um painel, utilizando a técnica da colagem, mostrando como pega e como não pega as DST/Aids.

Como o grupo era muito heterogêneo, tanto em relação à idade quanto na escolaridade, obteve-se nos subgrupos adolescentes que ficaram com a parte escrita do painel, enquanto outros fizeram a seleção das imagens, o desenho e a colagem.

O momento foi inexplicável, pois se vivenciou um ambiente de união e concentração, adolescentes que vivenciam um mundo marcado pela exclusão, pelas drogas, pela violência e prostituição se voltaram para a execução de uma estratégia educativa utilizando a técnica da colagem.

A integração e o empenho dos adolescentes foram resultados do Círculo de Cultura ao possibilitar o reviver a vida com profunda consciência e o senso crítico emergido do mundo vivido, objetivando-o, problematizando-o, compreendendo-o como projeto humano em um espaço dialogal circular, cujo ato de problematizar permite aos educandos uma reflexão, na qual buscam, em vivências passadas, as respostas para os questionamentos do presente (FREIRE, 2005).

Baseado na necessidade de compartilhamento do conhecimento produzido por cada subgrupo, após a confecção dos painéis, socializou-se o conhecimento adquirido sobre a tematização do terceiro Círculo de Cultura.

Para iniciar uma mobilização do grupo em busca por respostas aos questionamentos que nortearam este momento, recorreu-se à adaptação da dinâmica Do fala que eu escuto, em que um integrante escolhido por cada subgrupo apresentou para os demais o resultado produzido pelo grupo. Neste sentido, com os adolescentes divididos em dois subgrupos, iniciou-se a apresentação do constructo final de cada subgrupo.

O primeiro subgrupo apresentou o painel intitulado: como pega as DST/Aids?



Figura 2 - Painel Como pega a Aids, elaborado pelos adolescentes participantes do estudo durante a realização do 2º Círculo de Cultura.

A descrição do painel feita pelo integrante do primeiro subgrupo foi: [...] *Sexo sem usar camisinha pega Aids. [...] A mãe que tem o HIV e amamenta seu filho transmite a doença para ele [...]* (Édipo).

Na construção deste painel, percebeu-se a reciprocidade de relações, o entrelaçamento de atos, as ideias e os sentimentos, os quais favoreceram a consolidação do conhecimento por parte do grupo. O envolvimento de todos os integrantes na atividade caracterizou um trabalho em equipe para construir o saber de forma coletiva.

O grupo, ao demonstrar a percepção acerca das formas de como se adquire uma DST/Aids, reconheceu que a informação adequada e articulada se configurava como ferramenta importante para a prevenção de agravos à saúde.

Beserra, Torres e Barroso (2008) certificam que é importante que a ação educativa, desenvolvida com adolescentes, orientem-nos a respeito das formas de prevenção contra as DST, e que o enfermeiro, ao realizar um trabalho educativo com esta população precisa utilizar da interdisciplinaridade, possibilitando integração entre educação em saúde, visando a promover uma melhor qualidade de vida destes sujeitos.

O segundo subgrupo apresentou o painel: como não pegar as DST/Aids?

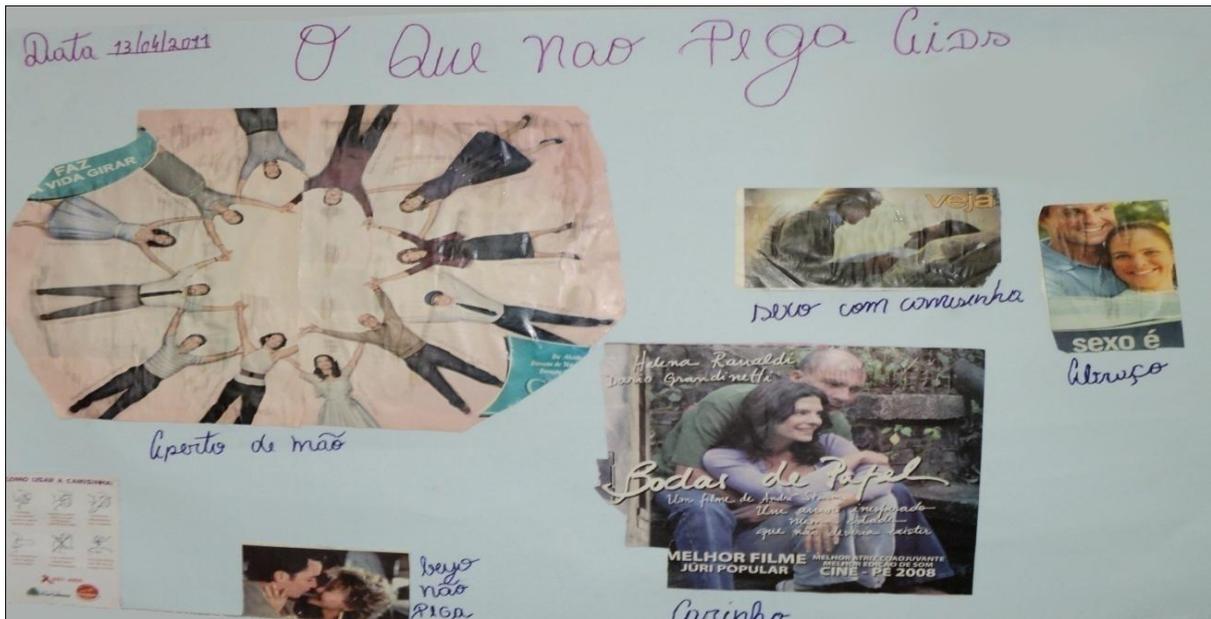


Figura 3 - Painel Como não pegar Aids, elaborado pelos adolescentes participantes do estudo durante a realização do 2º Círculo de Cultura.

A explicação do painel construído pelo segundo subgrupo foi evidenciada pelo discurso: [...] Aperto de mão não pega Aids; o beijo não pega Aids; o abraço não pega Aids [...]. O sexo com camisinha não pega Aids; dá e receber carinho não pega Aids (Pólux).

Inferiu-se por meio dos discursos que os adolescentes a partir da socialização do conhecimento apreendido nos círculos anteriores consolidaram o conhecimento acerca da prevenção do DST/Aids.

Outro aspecto a ser considerado na fala referiu-se às informações sobre as DST/Aids que muitas vezes são obtidas por meio das conversas com os pares, e que surgem de forma errônea ou equivocada, foram desconstruídas e reconstruídas a partir do aprofundamento do conteúdo trabalhado durante os encontros anteriores, possibilitando a divulgação e manifestação do conhecimento sobre a prevenção das DST/Aids de forma adequada e sedimentada.

De acordo com Moraes (2003), a informação é fundamental, todavia é parte de um processo, os relatos dos adolescentes acerca dos painéis criados apontaram para o fato de que no início da estratégia os mesmos possuíam informações desarticuladas em torno dos cuidados para com a autoproteção no que se refere às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Todavia, ao desenvolver a estratégia educativa, verificou-se que de forma participativa, autônoma e independente, os adolescentes se motivaram e construíram conjuntamente o conhecimento. O grupo, embora tenha demonstrado inicialmente comportamentos retraídos e tímidos, com pouco preparo para o desenvolvimento da atividade

proposta, o espaço criado pelo método freireano permitiu a eles maior autonomia e criatividade para construir o conhecimento acerca de como se prevenir das DST/Aids.

Com a evolução do grupo, a mudança de comportamento individual dos participantes no momento em que foram apresentar o painel produzido, de forma ativa e exitosa, demonstraram o conhecimento, fruto da interação e integração do grupo durante a realização da estratégia.

A aproximação ao tema das DST/Aids, ao contexto do adolescente em situação de rua, é algo bastante complexo, principalmente quando se considera o total distanciamento que este grupo apresenta ao assunto.

Neste Círculo de Cultura, reconheceu-se que ao abordar a temática das DST/Aids, se faz necessário torná-la próxima a realidade dos adolescentes, pois apesar da grande maioria não se perceber vulnerável, à medida que se problematizou, surgiu a necessidade de aprofundamento do conteúdo e, assim, conseguiu-se fazer com que os adolescentes manifestassem maior interesse em debater no grupo acerca das DST/Aids.

Outro aspecto importante visualizado neste círculo e que merece destaque é a necessidade de planejar ações educativas, visando a suprir o déficit de informação manifestada pelos participantes, buscando por considerar o contexto no qual o sujeito está inserido, valorizando cultura e crenças.

Corrobora-se com Paulo Freire quando parte do pressuposto de que o homem é um ser histórico, submerso em condições espaço-temporal, em que quanto mais reflete criticamente acerca da sua realidade, mais se influencia e torna-se livre. Essa ideia encontra-se alicerçada nos seis pressupostos de Freire (2005; 2008a; 2008b), designados por ele mesmo como ideia-força: I - Toda ação educativa deverá ser precedida de reflexão sobre o homem como ser histórico, e análise do meio em que vive; II - O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação sobre seu ambiente concreto; III - Através da integração do homem com o seu contexto; acontecerá a construção de si mesmo; IV - Obtém respostas aos desafios que se lhe apresentam, criando cultura; V - O homem é criador de cultura e fazedor da história, cria e decide, vai se formando e reformando; VI - A educação permite que o homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

4º Círculo de Cultura - O que eu aprendi sobre as DST/Aids?

Neste círculo, continuou-se utilizando das vivências anteriores, por isto, neste encontro, planejou-se uma estratégia que facilitasse a construção de um espaço dialogal acerca do conhecimento adquirido pelos adolescentes durante os momentos já vividos.

Para o acolhimento, utilizou-se a dinâmica do repolho que teve uma construção coletiva dos questionamentos que emergiram do grupo. Esta dinâmica objetivou mensurar a aprendizagem dos adolescentes e favorecer uma reflexão acerca dos conteúdos que surgiram da realização dos círculos anteriores.

Previamente, foram elaborados questionamentos e colocados um em cada folha do repolho, as questões colocadas no repolho foram: o que são DST? O que é o HIV e a Aids? Como são transmitidas as DST? Como podemos nos prevenir das DST/Aids? É possível pegar alguma DST através da doação de sangue? Pode se infectar com duas DST na mesma relação sexual? O que devo fazer se durante uma relação sexual a camisinha se romper?

Em um ambiente descontraído, à medida que os questionamentos foram surgindo, o grupo os respondiam, dando início a problematização, com o questionamento: como podemos nos prevenir das DST/Aids? *Não usar seringas de outras pessoas, não fazer sexo com qualquer pessoa e sempre que a gente for transar tem que usar a camisinha* (Agamenon). Jasão complementou dizendo: *Se previne destas doenças fazendo o que se manda, andar sempre com uma camisinha no bolso né? Tem que tá ligado, pois é perigoso transar sem camisinha.*

Neste momento Heitor, Cadmo, Perseu e Europa lembraram que para eles nem sempre é fácil ter o acesso ao preservativo, expressando inclusive indignação com a falta de respeito por parte de alguns profissionais da saúde que muitas vezes não os tratam bem quando os mesmos procuram a Unidade Básica de Saúde.

Deduziu-se a partir do que foi expresso pelos adolescentes, que a maioria dos profissionais de saúde que atua na Atenção Básica precisa melhorar o atendimento a esta população. Pois, mesmo com os vários treinamentos oferecidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde, com as Secretarias de Saúde dos estados federados e municípios brasileiros, os programas e as ações para os adolescentes no nível primário encontram entraves para o estabelecimento de vínculo e parcerias entre adolescentes e o trabalhador em saúde (BORGES, 2004).

Em relação à dificuldade de potencializar a parceria com o adolescente, apresentada pelo profissional de saúde na Atenção Básica, Patrício (2000) explica que se deve a vários fatores, como: o limitado conhecimento dos trabalhadores em saúde de todas as

disciplinas na abordagem dos adolescentes, desconhecimento de conteúdos e práticas específicas, dificuldades apresentadas pelos profissionais tendo origem nas suas qualidades pessoais, referenciais e experiências de vida, em particular os construídos no período da infância-adolescência, em especial, os relacionados ao campo da sexualidade.

A autora destaca, ainda, que trabalhar com adolescente mexe com o profissional:

[...] mexe com nossa rotina, com nossa linearidade, com nossas antigas verdades de viver para o trabalho, em sacrifício, desconsiderando os prazeres da vida [...]. Conviver com adolescentes que literalmente, interagem com o mundo costuma provocar descontinuidade em nossas normas, em nossos valores e crenças. É bem mais fácil viver com tudo controlado. E aí, quando aparece uma criatura que parece querer virar tudo de ponta-cabeça, mexe com nossa segurança e nos desestabiliza (PATRÍCIO, 2000, p. 127).

De acordo com Domingos (2003), o assistir o adolescente exige do profissional a abertura do diálogo, deixando de vê-lo como algo perturbador, motivando-se a trabalhar junto a este ser que vive e questiona. Desse modo, estará concretizando na prática diária a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades, integrando-se a “voz do outro”, construindo mais do que o simples vínculo e a responsabilização (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Desse modo, um dos obstáculos na atenção à saúde do adolescente é a ausência nos serviços em saúde da implantação de programas voltados para um cuidar integral a este sujeito. Ressalta-se que não são muitos os serviços de saúde que dispõem de ações voltadas especificamente para esta população, e que leve em consideração as necessidades peculiares e o modo todo particular do adolescente de procurar o serviço de saúde (BORGES; FUJIMORI, 2009).

Além disso, como mencionam Ayres e França Júnior (2000), quando se tem um serviço de saúde que possui o programa de atendimento à saúde do adolescente, este na sua grande maioria não contempla as dimensões individuais e coletivas, essenciais ao cuidar integral do adolescente.

É preciso repensar as ações de saúde voltadas para os adolescentes, considerando que eles precisam não somente de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, mas de ações integradas que promovam mudanças de comportamento por meio da valorização do indivíduo como ser social, com suas peculiaridades e vivências singulares (DOMINGOS, 2003, p.96).

Ainda, neste sentido, Patrício (2000) ressalta que:

Enquanto os serviços prestados pelos nossos setores oficiais de saúde ainda estiverem sob a hegemonia dos velhos paradigmas, a atenção ao adolescente ainda será fragmentada, mecanicista, longe de visualizá-lo e abordá-lo considerando sua história de vida e seu contexto em diferentes interações (PATRÍCIO, 2000, p.132).

Na continuação da dinâmica, a pergunta seguinte foi para Ariadna: pode se contaminar com duas DST na mesma relação sexual? A adolescente demonstrando sentimento de vergonha e timidez se manteve em silêncio e não respondeu à pergunta, então lançou-se o questionamento para o grupo, neste momento uma fala emergiu de um dos adolescentes: *É possível sim, eu já passei por isto daí, mas já fui ao hospital, e já estou me tratando com os remédios que a doutora passou* (Beleroforte).

Após o discurso de Beleroforte, percebeu-se no grupo um sentimento de espanto e admiração: *E tu vive transando com as meninas sem camisinha? Tem amor a vida não pivete?* (Édipo). Logo em seguida retrucou Europa: *vai dizer Édipo que quando tu tá drogado, tu nunca fez sexo sem camisinha? Conta outra pivete, risos* (Atlanta).

Pelo primeiro relato, observou-se que ao mesmo tempo em que os adolescentes expressaram deter de conhecimento sobre o perigo de uma relação sexual desprotegida, de maneira geral, notou-se que eles eram incapazes, principalmente quando estavam sob o efeito das drogas, de assumir um comportamento sexual responsável, condizente com conhecimento que afirmaram possuir acerca da prevenção das DST/Aids.

No concernente ao conteúdo das demais falas, identificou-se que a preocupação com as DST/Aids era algo presente entre os adolescentes, porém, isto não era suficientemente capaz de levá-los a uma efetiva proteção.

Ainda foi possível inferir por meio do conteúdo expresso nos discursos que apesar dos adolescentes afirmarem que: *quem tem amor pela vida, deve usar a camisinha*, percebeu-se que na prática o discurso era outro, pois esta população tornava-se vulnerável às DST/Aids pelo fato de que o consumo de drogas, algo muito presente no cotidiano deles, os levavam a não adoção de medidas preventivas frente a estes agravos.

Esse fato corrobora o pensamento de Borges (2004) que explicita que o adolescente que tem vivência de rua é alvo constante de infecção pelas várias DTS por não adotarem as medidas de prevenção nas relações sexuais, fato este muitas vezes motivado pelo uso abusivo de todo tipo de drogas, algo constante na vida destes sujeitos que tem o ambiente da rua como rotina diária.

A próxima pergunta foi: o que é o HIV e a Aids? Sendo respondida por Pirra: *a Aids é uma doença perigosa, se não usar camisinha você pode pegar e vai transmitir para outras pessoas.* Em seguida, disse: *eu não lembro o que é o HIV, tio você pode responder pra mim.* Quem respondeu foi Lo: *é assim, o HIV, eu lembro que o rapaz do vídeo disse que é um tal de vírus que se pegar, a gente fica com Aids.* Orfeu concordou com a colega e completou: *o HIV é o vírus da Aids, se você adquirir ele, você estará com AIDS.*

Pelas falas, concluiu-se que o conhecimento equivocado e não sistematizado sobre a Aids e o HIV, constatado anteriormente por meio da entrevista individualizada, quando naquela oportunidade a maioria dos entrevistados ao mesmo tempo em que diziam saberem sobre a Aids, não eram capazes de associá-la às DST e nem demonstraram conhecer o HIV como o agente causador da doença, assim, pode-se afirmar que o círculo de cultura possibilitou a estes sujeitos o acúmulo sistematizado das informações acerca das DST/Aids.

Neste momento, para estes adolescentes, o conhecimento sobre o HIV e a Aids apresentava-se de forma unificada, tornando-os mais seguros para abordar o tema de forma consciente, fazendo a leitura do mundo e expressando-a aos outros.

Freire (2005) frisa que a conscientização permite ao homem tomar posse da sua realidade, afastando-se dela. Estar consciente torna o homem mais capacitado para ser anunciador e denunciador, graças ao poder transformador que assume.

O próximo a falar foi Deucalião, com o questionamento: o que são DST? Ele logo respondeu: *DST é doença que a gente pega quando faz sexo sem camisinha.* Europa complementou: *são doenças muito perigosas.* Lançou-se o seguinte questionamento ao grupo: *se uma adolescente faz sexo oral em outro adolescente sem camisinha estes poderão adquirir alguma DST?*

A adolescente Europa disse: *a Aids só pega se for sexo anal sem camisinha,* Agamenon discordou: *O doutor disse que sexo oral, anal e vaginal sem proteção transmite Aids.*

Os relatos vêm ao encontro dos achados dos estudos de Vieira et al. (2004); Borges e Medeiros (2006); Oliveira et al. (2009) que confirmam que os adolescentes possuem conhecimento sobre as DST/Aids, porém apresentam dúvidas sobre questões simples em relação às vias de transmissão e das medidas práticas de prevenção destas doenças, resultando com isto nos baixos níveis de comportamento preventivo.

Ulisses continuou a dinâmica com a pergunta: como são transmitidas as DST? Ele parou, ficou um instante em silêncio e expressou o seguinte: *antes eu nem sabia o que era DST, mas depois de participar daquela brincadeira de colar figuras retiradas de revistas, aprendi que beijo, aperto de mão, carinho, abraço não passa Aids, o que passa mesmo é sangue contaminado e fazer sexo sem camisinha,*

isto sim passa Aids. Logo, em seguinte, escutou-se um grito estridente dizendo: *ai pivete aprendeu mesmo* (Cadm). Após este momento, todos que estavam na sala expressaram risos.

Estes relatos vêm ratificar a concepção de que a educação em saúde é um instrumento de articulação dos saberes à realidade social, pautada nos preceitos da educação emancipatória.

Borges e Fujimori (2009) afirmam que o enfermeiro como facilitador de um processo educativo necessita criar um clima de espontaneidade, confiança e respeito entre os participantes, e que o processo de aprendizagem deve ser planejado e organizado de forma lógica e consistente, sendo fundamental a criação de um espaço que enseje a possibilidade de expressão, para aquisição e troca de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a adoção de comportamento seguro frente às DST/Aids.

É importante frisar que existe uma insuficiência de ações educativas voltadas para a prevenção das DST/Aids junto a adolescentes em situação de rua. Acredita-se que a caracterização da vulnerabilidade destes sujeitos à infecção pelas DST e o HIV, considerando as dimensões: individual, programática e social possibilita a identificação dos reais determinantes da ocorrência da infecção, tendo, portanto, subsídios concretos e aderentes à realidade dos adolescentes, permitindo, assim, o planejamento e o desenvolvimento de estratégias preventivas contra as condições que acarretam a infecção pelas DST/Aids (TOLEDO, 2008).

E a próxima pergunta foi para Perseu: o que devo fazer se durante uma relação sexual a camisinha se romper? Ele logo pediu a colaboração dos outros adolescentes, quem respondeu foi Pólux que lembrou o que ouviu no vídeo educativo exibido em um dos encontros passados. *Se a camisinha furar tem que fazer exame para ver se não pegou doença*.

É cediço que a transmissão das DST/Aids está relacionada ao contato da mucosa do pênis com as secreções sexuais, se o preservativo se rompe durante o ato sexual e há alguma possibilidade de infecção pelo HIV, ainda que seja pequena deve-se fazer o teste o mais rápido possível, caso seja negativo, deve repetir após três meses, pois consoante Brasil (2011), o preservativo ao estourar implica risco real de contrair a Aids.

Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos mostrou que o preservativo quando usado adequadamente em todas as relações sexuais previne em 95% a transmissão das DST/Aids. Outro estudo Norte Americano sustenta que a taxa de rompimento da camisinha é inferior a 1% e que o fato dela estourar está associado mais ao uso incorreto do que a falha de produção (BRASIL, 2010).

O relato do adolescente afirmando que aprendeu no vídeo educativo que *se a camisinha estourar deve fazer exame*, vem ratificar o que enfatiza vários autores quando afirmam que o uso de tecnologias como vídeos é um excelente recurso de comunicação entre os diferentes atores sociais, permitindo a mediação cultural no processo de recepção de informações unificadas. Corroboram-se Monteiro, Vargas e Cruz (2006) que explicitam que a linguagem utilizada nas ações educativas é um importante instrumento na busca por alcançar a emancipação do sujeito, principalmente na prevenção das DST/Aids.

Para Heitor, ficou a questão: é possível pegar alguma DST através da doação de sangue? Ele logo respondeu que não sabia. Deste modo, refez-se a pergunta: em uma doação de sangue onde o doador esteja infectado pelo HIV pode transmitir a Aids? E Jasão respondeu: *O pessoal diz que é assim: se a gente pegar no sangue que tem Aids este sangue pode passar doenças para nós*. Continuou-se o debate questionando se um adolescente que usa drogas injetáveis e troca seringas com outros pode se infectar com o HIV. Este questionamento despertou neles uma reação que até então não tinha ocorrido, o grupo ficou totalmente em silêncio. Ariadna rompeu o silêncio e expressou o seguinte: *Tio, na rua tem muita droga, eu nunca injetei nada em mim [...] tem vários pivetes que usam drogas e vivem trocando agulhas*.

Na realidade destes adolescentes, foi possível detectar o uso de drogas injetáveis, fato que muitas vezes acredita-se estar fora da realidade deles. Segundo os dados contidos no Relatório Mundial da ONU sobre Drogas (2010), o uso de drogas injetáveis está presente em todas as regiões do mundo, sendo considerado um fenômeno emergente em vários países. Em 2008, os dados mostraram que o uso de drogas injetáveis foi observado em 148 países e territórios.

Estima-se que no mundo, aproximadamente, de 11 a 21 milhões de pessoas usem drogas injetáveis, sendo que o Brasil apresenta-se entre os países que têm maiores populações de usuários de drogas injetáveis, conforme o Relatório Mundial da ONU sobre Drogas (2010). Segundo o mesmo relatório, o uso de drogas injetáveis é responsável pelo aumento das infecções pelo HIV em várias partes do mundo, incluindo Europa Ocidental, América do Sul e países do Sudeste Asiático.

De acordo com os dados do Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009), no período de 2001 a 2007, o Brasil apresentou 15.165 novos casos de Aids em sujeitos da categoria de exposição ao uso de drogas injetáveis (UDI), valores este que representaram 8,6% do total de casos de Aids notificados no país. O estado do Rio Grande do Sul apresentou a maior porcentagem global (18,4%), seguido por Santa Catarina (14,2%), São Paulo (10,5%) e

Paraná (9,1%). Neste mesmo período, o estado do Rio de Janeiro foi o que apresentou os menores percentuais entre os estados da região Sudeste.

Em relação ao ano de 2007, os registros mais recentes sobressaem-se, com maiores porcentagens, os estados de Roraima; Bahia e Sergipe; São Paulo e Minas Gerais; todos os estados da Região Sul e Mato Grosso do Sul e Goiás. Todos os outros estados apresentaram taxas inferiores a esses valores, sendo observadas menores concentrações nos estados do Piauí, Tocantins, Paraíba, Pernambuco, Ceará, Maranhão e Alagoas. Já no período compreendido entre 2001 e 2007, o Ceará apresentou 59 novos casos de Aids em sujeitos da categoria de exposição ao Uso de Drogas Injetáveis (UDI) (BRASIL, 2009c).

Borges e Fujimori (2009) destacam que, contemporaneamente, o contexto instaurador do consumo de drogas lícitas ou ilícitas entre adolescentes e jovens tem sido abordado quase sempre como um fator causal, sendo ratificado por um arcabouço teórico metodológico de cunho funcionalista que segundo Velho (1994) classifica o usuário como um “ser desviante”.

Dados do último levantamento epidemiológico de prevalência do uso de drogas, liderado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), realizado com meninos moradores de rua na cidade de São Paulo, em 2003, mostrou que entre 42 entrevistados, o uso de tabaco apresentou uma prevalência de consumo durante um mês de 90,5%. A prevalência do consumo de bebida alcoólica foi de 61,9% no mesmo período. O consumo de solventes – cola e thinner foi de 90,5%. Entre os derivados de coca, o crack fumado apareceu com uma prevalência de 26,2%. E 73,8% dos entrevistados fizeram recentemente uso da maconha (BRASIL, 2009).

Ainda, neste círculo para auxiliar no processo de desconstrução e (re) construção coletiva, utilizou-se a dramatização, o grupo foi dividido em dois subgrupos e os adolescentes foram convidados a elaborar e apresentar uma dramatização, utilizando fantoches para representarem o que aprenderam sobre as DST/Aids.

A primeira dramatização foi elaborada e apresentada pelos adolescentes.

Casal com comportamento seguro frente às DST/Aids

Paulo: Oi, meu amorzinho, quantas saudade eu tenho de você!

Josebel: Oi, meu benzinho, você está bem?

Paulo: Estou feliz por ter você minha florzinha.

Josebel: Amanhã, completaremos um ano de namoro, como vamos comemorar?

Paulo: Vamos ver o mar, o céu, as estrelas.

Josebel: Que bom!

- Paulo e Josebel seguem juntos até a beira mar.

Josebel: Como o céu está bonito, tantas estrelas.

Paulo: Hoje seria um dia especial para nossa primeira vez, não acha minha florzinha?

Josebel: Nossa! Eu não estou preparada [...]

Paulo: Não se preocupe, eu trouxe camisinha.

Josebel: Não é isso que estou falando, eu ainda não estou preparada para transar, ainda não tenho certeza se quero isso agora.

Paulo: Mas, eu te amo.

- Josebel depois de pensar um pouco aceita a proposta de Paulo.

-Eles transam pela primeira vez.

Josebel: Amorzinho, como foi bom, você teve cuidado comigo.

Paulo: É! Usar camisinha evita pegar DST.

Eles se beijam apaixonadamente.

Fim!



Figuras 4, 5 e 6 – Dramatização sobre comportamento seguro frente às DST/Aids, elaborado pelos participantes do 4º Círculo de Cultura.

A seguir apresenta-se a segunda dramatização.

Casal com comportamento de risco frente às DST/Aids

- Pedro olha entre os passantes e vê uma menina.

Pedro: Você aceita conversar?

Mônica: Aceito sim.

Pedro: Você tem namorado?

Mônica: Eu não tenho. Estava com um pivete, mas ele me deixou semana passada.

Pedro: Você é tão bonita.

Maria: Você também é.

- Depois disso os dois se beijam.

Pedro: Queria transar com você, mas estou sem camisinha.

Mônica: Tem nada não, confio em você.

E os dois transam e nem pensam em Aids.

Fim!!!



Figuras 7 e 8 – Dramatização sobre comportamento de risco frente às DST/Aids, elaborado pelos participantes do 4º Círculo de Cultura.

Assim, com a utilização da dramatização, os adolescentes sentiram-se mais à vontade para discorrer sobre as DST/Aids. Neste momento, o que predominou foi o desejo que cada um sentiu em divulgar para todo o grupo o que aprendeu, tornando-se mais seguro em falar sobre o sexo, a prevenção das DST/Aids e do respeito de si e dos outros.

O envolvimento gerado por assumir o desafio de, em um tempo mínimo, planejar e apresentar uma dramatização de pouca duração e sem determinação prévia e ainda cabendo a cada subgrupo criar uma apresentação de modo livre, foi motivador, mas ao mesmo tempo marcado por várias dificuldades apresentadas pelos envolvidos, visto que os mesmos apresentavam baixa escolaridade e pouca desenvoltura para encenar.

Porém, as dificuldades para elaboração e apresentação destes conteúdos foram aos poucos desaparecendo, pois entre os adolescentes existia um que tinha experiência circense e estava acostumado com este tipo de criação, apresentando habilidades na construção de pequenas peças teatrais, fazendo com isto que o interesse e a criatividade dos adolescentes aumentassem, levando-os a assumir o desafio proposto pelo facilitador.

O desafio assumido recebeu uma conotação de mobilização do grupo, pois todos sentiram a vontade de retratar nas dramatizações o cenário e o contexto que estavam envolvidas

a realidade deles, significando, assim, que a participação do grupo no processo educativo se concretizou a partir do interesse de trocar e partilhar o conhecimento vivencial, respeitando o universo de cada um e valorizando crenças e ideias.

Gonçalves e Schier (2005) enfatizam que o grupo de educação em saúde permite uma participação ética e ativa dos sujeitos, em que os mesmos podem exercitar sua cidadania, pois o trabalho em equipe é marcado por uma atitude de abertura ao novo, respeitando os semelhantes e diferentes, através da dialogicidade e construção coletiva do conhecimento.

Ratificando este fato, surgiu o depoimento de uma das educadoras sociais que na posição de expectadora do círculo afirmou: *foi muito bom poder ver estes meninos pararem, se juntarem para construir e apresentar esta peça. Isto é algo que nos deixa mais confiantes de que é possível despertar neles o interesse em mudar e sair desta condição na qual vivem* (Educadora Social do Núcleo Albergue, 2011).

Concorda-se com Milet e Marconi (1993), Schall e Struchiner (1995) quando afirmam que a comunicação dialógica, a partir das percepções, vivências e interesses do grupo motiva a participação dos adolescentes na definição dos conhecimentos a serem construídos e reconstruídos de forma ativa e autônoma.

Sayão (1997) expõe que o diálogo favorecido em uma ação educativa deve abranger uma comunicação horizontal, que respeite o saber, os interesses e as potencialidades dos adolescentes, estimulando-os continuamente, aceitando a forma como eles frequentemente reagem ao tema, com uma linguagem própria, permeada pelas brincadeiras, malícias e gozações. O mesmo autor ainda afirma que o trabalho educativo deve ser baseado no compartilhamento de ideias, trocas, questionamentos, expressão de experiências e valores dos sujeitos.

Freire (2002) relata que os homens educam-se entre si. Assim, o educador não deve colocar-se como centro do processo educativo, como aquele que sabe tudo, e que apenas tem a ensinar. O educador precisa abrir-se para aprender com os educandos, de forma ousada e criativa, por meio de uma relação dialógica e colocando-se como sujeito do mesmo processo de crescimento.

O conhecimento, a postura, as relações estabelecidas e o processo de ensinar-aprender dos participantes neste círculo foi intensamente educativo. Sayão (1997) destaca que o educador-educandos necessitam desenvolver coerência em suas práticas docente-discentes para possibilitar uma educação libertadora, que valorize a abertura, a troca, a criticidade, a criatividade, a solidariedade, elementos educativos fundamentais ao processo de ensino-aprendizagem.

5º Círculo de Cultura - O que ainda preciso aprender para me prevenir?

No momento de sensibilização, solicitou-se que, individualmente, os adolescentes expressassem o que aprenderam na dramatização construída e apresentada no círculo anterior. Aquiles que atuou como um dos personagens da primeira dramatização expressou: *Aprendi que tem que ter cuidado de usar a camisinha, pois quando o pivete vai transar com uma menina que tem Aids, ela diz que não tem e você confia nela e não usa a camisinha, aí o pivete pega também.* Cadmo complementou: *é o que mais tem na rua são meninas fazendo programa com os gringos, aí ficam doentes e você transa com ela e pega a doença, por isso não pode confiar.*

Ájax, Heitor, Édipo, Ariadna, Castor, Pirra e Orfeu afirmaram: *com as DST/Aids não se deve brincar e que a melhor forma de não pegar uma doença perigosa como estas, é usar camisinha quando for transar.* Os demais adolescentes mantiveram-se calados.

Posteriormente, o grupo foi dividido em dois subgrupos para que elaborassem um *rep* sobre as DST/Aids. Para auxiliar este momento, ofereceu-lhes alguns instrumentos de percussão musical.

Silva e Lopes (2006) sustentam que toda vez que um grupo se forma no intuito de realizar algo, ocorre a mudança de comportamento através da reciprocidade das relações e do entrelaçamento de atitudes, valores, crenças, possibilitando a consolidação do conhecimento e da atitude de todos.

No momento da construção e execução da estratégia, visualizou-se o envolvimento dos participantes de forma integrada e com companheirismo, caracterizando-se como um verdadeiro trabalho em equipe. Como resultado desta interação, obtiveram-se os seguintes *reps*:

Rep 1 - Não Aids

Pra não se contaminar, é muito fácil de fazer.

Camisinha tem que usar, pra depois não se arrepender.

HIV mata devagar; por isso camisinha tem que usar, não pode esquecer.

Leve a camisinha sempre com você.

Rep 2 - Use camisinha, se proteja

Use camisinha para não morrer, a camisinha só serve pra você, e isso tudo é pra se proteger, meu irmão, se liga aí, DST não pode pegar em mim nem em você.

Quando for sair, bote camisinha no bolso pra na hora do amor você não ficar no sufoco.

Quando você for transar, você tem que usar camisinha para não se arriscar, para no futuro você não se prejudicar, se você não tiver camisinha, deixe pra outro dia, você pode pedir na casa da vizinha.



Figuras 9 e 10 – O grupo cantando e tocando o *Rep Use camisinha, se proteja*, elaborado durante a realização do 5º Círculo de Cultura.

Por meio da atividade proposta, os adolescentes demonstraram o descortinar do conhecimento sobre o sexo seguro, através das músicas criadas e cantadas revelaram a necessidade do uso da camisinha como meio de prevenção das DST/Aids.

Portanto, identificou-se que a percepção de que a adoção do preservativo nas relações sexuais proporciona excelente proteção. Assim, todos demonstraram que a maneira mais segura de evitar o contágio pelas DST/Aids é fazer sexo seguro, com parceiros fixos e adoção de medidas preventivas.

A partir desta “tomada de consciência”, os adolescentes puderam entender que as pessoas (eles inclusive) são seres humanos livres e autônomos, e que a liberdade, a consciência dos atos e das consequências passam agora ao nível da escolha individual.

Reforça-se, mais uma vez, que a educação em saúde é uma ferramenta útil para promover importante mudança na vida dos sujeitos; na forma como compreendem o processo saúde-doença, no enfrentamento dos agravos através da mudança permanente ou temporária do comportamento, habilidades para executar procedimentos de cuidados da saúde, atitudes preventivas e percepção de risco (BRASIL, 2006c).

Corrobora este pensamento o estudo realizado por Costa e Vieira (2009) com adolescentes, em que por meio de Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança (EPSD), demonstraram uma ação educativa que teve a dança e/ou música como mediadora na abordagem de assuntos de interesse dos adolescentes, como: saúde, sexualidade, puberdade, prevenção de DST e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), permitindo o aglutinar do processo de descoberta e/ou redescoberta da percepção de risco e/ou vulnerabilidade destes sujeitos.

Por isso, a articulação entre música e educação em saúde proporciona uma abordagem livre, autônoma, participativa e socioeducativa, valorizando os conhecimentos e as habilidades dos sujeitos em defesa de uma consciência crítica-reflexiva para adoção de atitudes preventivas.

6º Círculo de Cultura - Síntese do que foi vivenciado e uma avaliação final

Este círculo teve um caráter principalmente avaliativo, em que se resgataram os encontros anteriores e se pôde proceder a uma breve retrospectiva, lançando mão da técnica projetiva do desenho-estória para retratar o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura.

No momento de sensibilização, pediu-se aos participantes que construíssem um desenho que mostrasse o conhecimento que adquiriram nos encontros passados. Orfeu e Lo expressaram que não iriam realizar o desenho, pois preferiam escrever contando o que aprenderam sobre as DST/Aids.

Ao optar por um método, deseja-se realizar uma investigação acerca de um evento, porém a escolha deste tem que envolver o sujeito no processo de construção do conhecimento não lhe negando a autonomia. Freire (2005, p. 37) destaca: “E para o método o importante é advertir que a resposta que o homem dá a um desafio não muda só a realidade com a qual se confronta: a resposta muda o próprio homem”.

Após o tempo dado para a construção dos desenhos, solicitou-se aos adolescentes que narrassem as “estórias” destes, explicitando o conhecimento adquirido. A seguir estão

alguns dos desenhos e as narrativas. *O meu desenho é tipo um alerta para todos. Eu quis mostrar como se previne da Aids e informar que a Aids não tem cura (Jasão). O meu desenho é para mostrar que o posto de saúde distribui o preservativo, mas muita gente não tem acesso, aí preferem ir à Farmácia comprar a camisinha (Ulisses). Eu desenhei o que eu aprendi. Aprendi que beijo, abraço, aperto de mão não pega Aids, também aprendi que sempre que for transar tem que usar a camisinha, e o rapaz do vídeo ensinou como usar a camisinha de forma correta (Deucalião). Eu preferi escrever. Aqui eu fiz tipo um livro para informar que a Aids é perigosa e que se previne dela usando sempre camisinha nas relações sexuais. (Lo). Aqui eu mostro o que eu aprendi durante os encontros com você, algumas coisas eu já sabia por que vejo o povo falar, outras eu não sabia, mas aprendi agora (Orfeu).*



Figura 11 – Desenho-estória 1: o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?

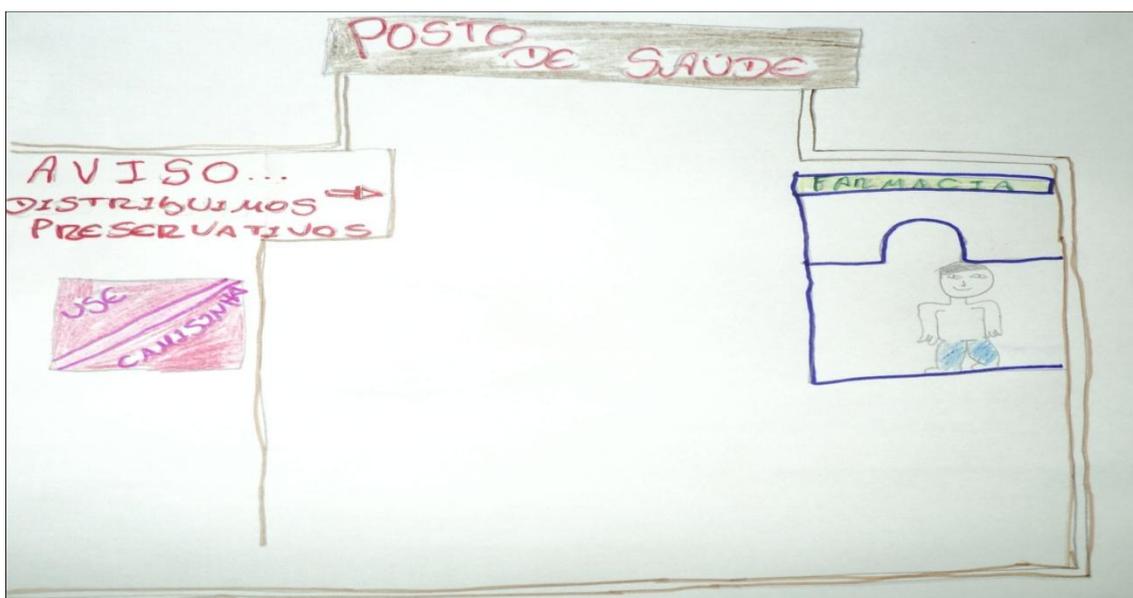


Figura 12 – Desenho-estória 2: o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?

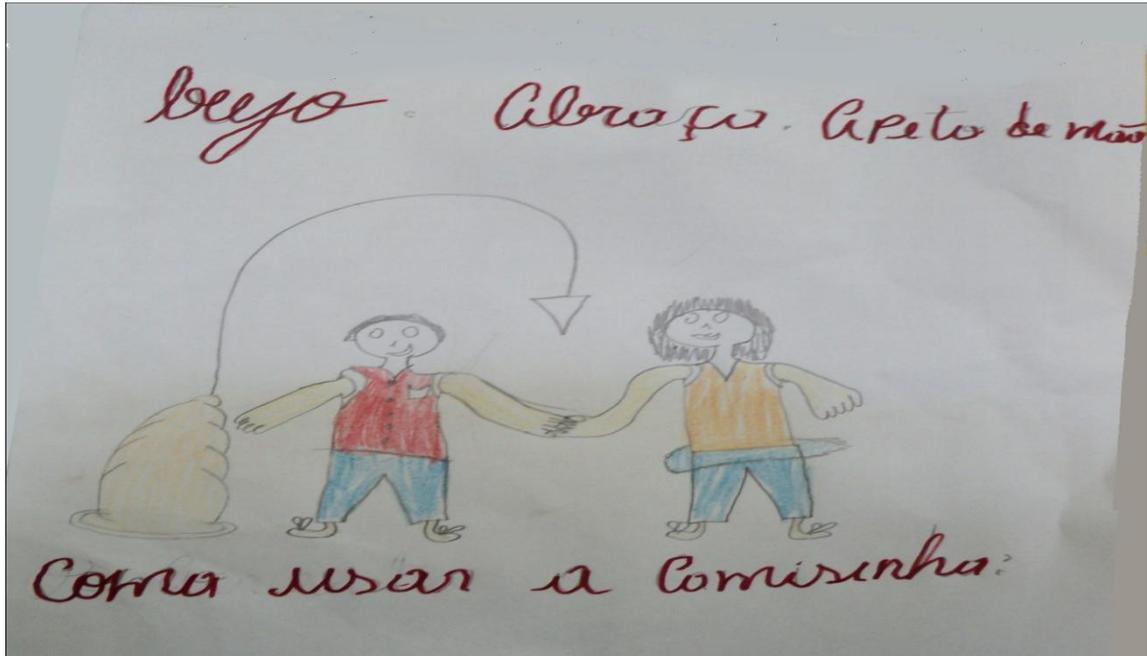


Figura 13 – Desenho-estória 3: o que os adolescentes aprenderam sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?

Como mencionado, alguns adolescentes preferiram escrever o que aprenderam sobre as DST/Aids, apresentam-se algumas destas narrativas escritas.

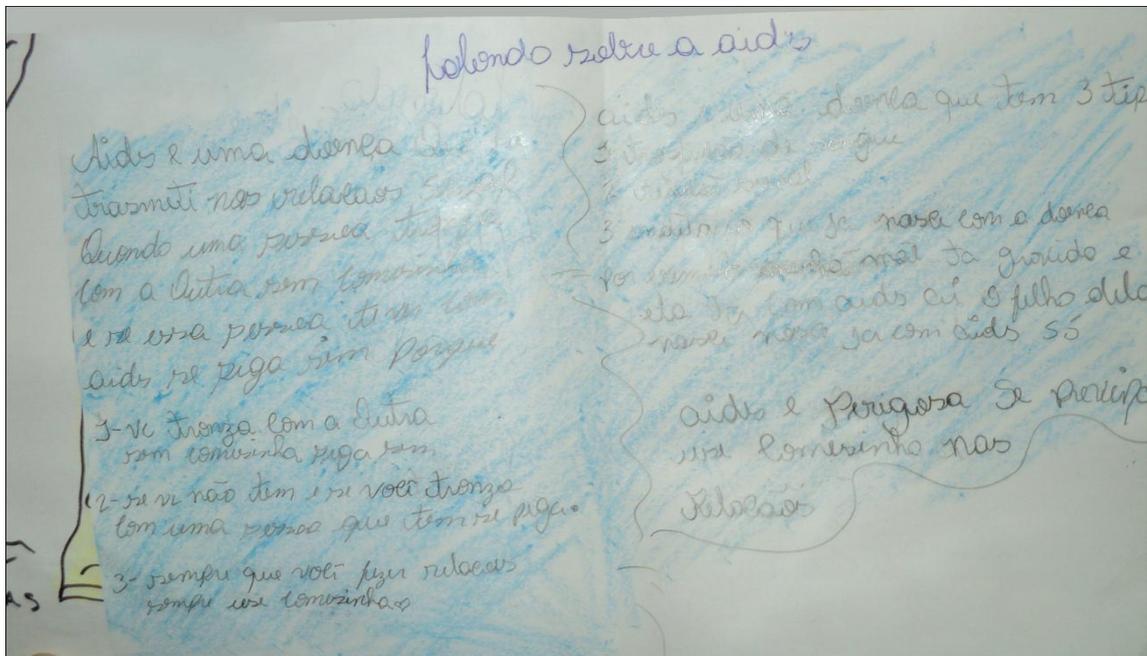


Figura 14 – O que o adolescente aprendeu sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?

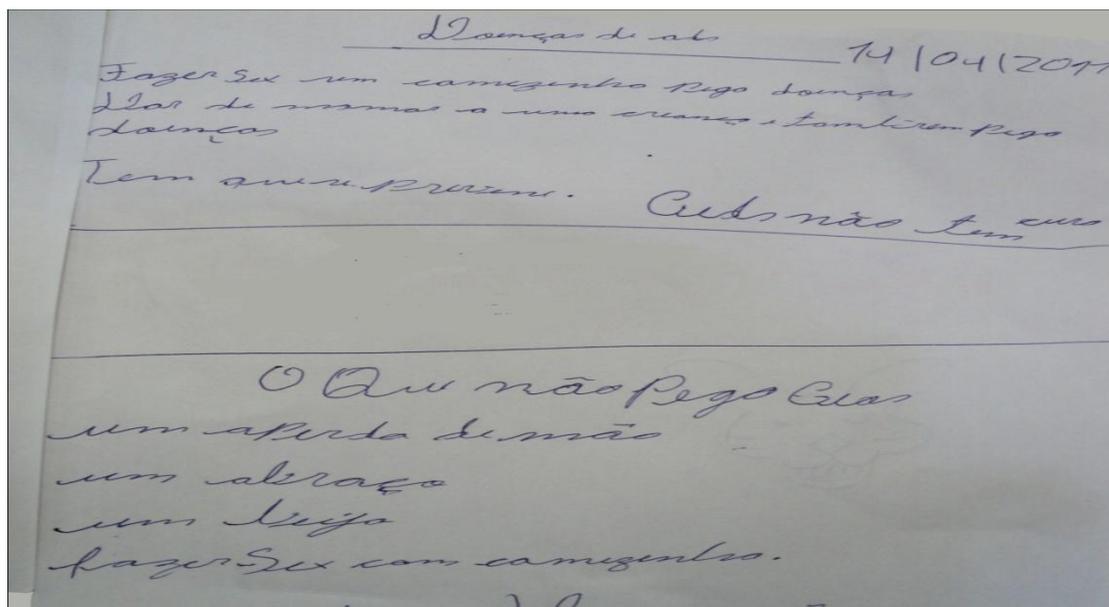


Figura 15 - O que o adolescente aprendeu sobre as DST/Aids a partir da realização dos Círculos de Cultura?

Nesses desenhos e narrativas, observou-se que os adolescentes apresentaram mudança na forma de expressar as dúvidas, as preocupações e as certezas, demonstrando um pensar crítico. Assim, construindo uma realidade nova pela atuação efetiva na sua história.

Percebeu-se a capacidade dos adolescentes no ajustar-se à realidade pela transformação da percepção da vulnerabilidade deles, pela opção e não pela imposição, assumindo o papel de sujeito do processo, com liberdade de pensar, de agir e de decidir, tentando alterar a sua realidade e a dos outros pela tomada de consciência das situações problemáticas.

Portanto, a prática educativa é efetivamente um ponto de partida para promover no sujeito o assumir de um novo comportamento, permitido através de uma visão crítica-reflexiva dos problemas advindos do modo de agir diante das situações existenciais.

Através dos desenhos e respectivos relatos, comprovou-se que a relação entre estes adolescentes fortaleceu o acréscimo aos seus saberes, por meio das reflexões, análises críticas e discussões construídas no grupo.

Do mesmo modo, Bordenave e Pereira (2001) reiteram que o papel do educador é manter a clareza, que a relação com os educandos é o ponto determinante para que aconteça a aprendizagem e que o processo de aprender é um processo ativo que favorece transformações estruturais da inteligência, permitindo ao educando uma maior abertura para as novas aprendizagens. Os autores enfatizam que o sujeito apenas conhece alguma coisa quando a transforma, transformando-o também no processo.

Araújo (2005) relata que ao trabalhar dinâmicas ativas e criativas ao longo do processo ensino-aprendizagem possibilita aos sujeitos buscarem por soluções para as situações-problemas vivenciadas, de forma aberta, dinâmica, criativa, reflexiva e interativa promovendo a construção de conhecimento e habilidades.

Assim, ao se realizar o diálogo, se realiza a compreensão, quando a compreensão é produzida, o diálogo torna-se mais fácil e enriquecedor (SERRA, 2004).

E para finalizar o encontro, cogitou-se aos adolescentes: o que acharam do processo de construção conjunta durante todos estes dias? Alguns adolescentes expressaram-se livremente sobre a ação educativa.

A partir dos relatos dos adolescentes, construiu-se o quadro que segue.

Quadro 3 - O que os adolescentes acharam do processo de construção conjunta durante a realização dos Círculos de Cultura, 2011?

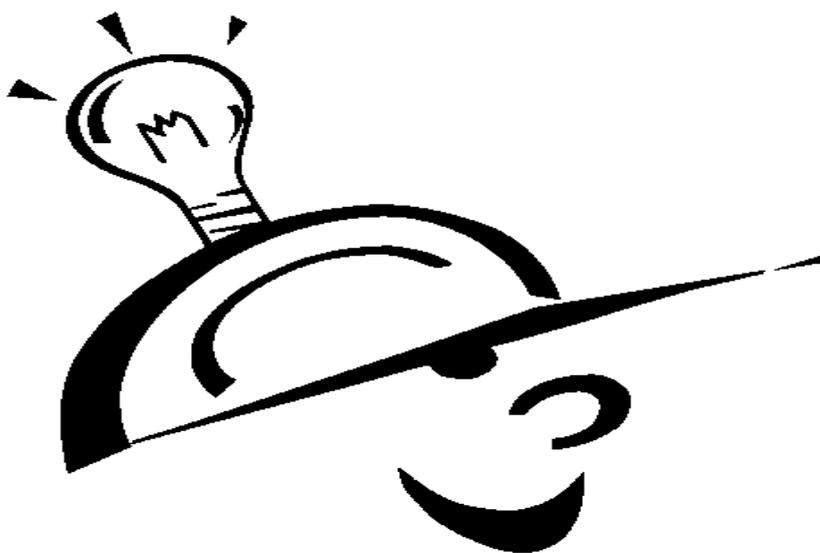
<i>Apreendi que a Aids não tem cura [...] mas tem prevenção (Lo).</i>
<i>[...] eu aprendi, foi bom, fez agente participar, conversando a gente entende (Pirra).</i>
<i>Foi bom porque nós aprendemos, a gente teve como conversar, foi bom o encontro (Europa).</i>
<i>[...] estes encontros que participei ajudaram, hoje eu posso falar que sei (Atlanta).</i>
<i>[...] ajudou a nós saber mais sobre a Aids (Deucalião).</i>
<i>[...] eu gostei porque você é legal, não nos deixou com dúvida e nos deu chocolate (risos) (Aquiles).</i>
<i>[...] eu aprendi [...] (Perseu).</i>
<i>Gostei principalmente da parte com os fantoches, me diverti muito (Jasão).</i>
<i>O encontro nos ajudou, agora se me perguntarem sobre a Aids, eu falo numa boa, porque eu agora sei (Castor).</i>
<i>[...] aprendi que a Aids é uma doença que é lenta, não dói, mas quando penetra no corpo, ela mata (Ulisses).</i>
<i>[...] agora eu sei que mesmo se eu usar a camisinha e ela tiver com vazamento, pode pegar DST, isso eu não sabia (Polux).</i>
<i>[...] fiquei feliz em participar. Digo que no início fiquei a força, pois achei este negócio uma besteira, mais depois fui vendo todo mundo participando, aí eu participei (Belerofonte).</i>
<i>Foi bom, estou muito contente [...] (Agamenon).</i>
<i>Eu não gostei não, pois foi pouco tempo [...] queria que o senhor viesse todo dia. Você nos tratou bem. Todo dia deu bombom e chocolate a nós (Ajax).</i>
<i>Foi bom, fez a gente dar nossa opinião (Ariadna).</i>

O quadro demonstra nitidamente que os adolescentes debateram e refletiram sobre a temática DST/Aids, contextualizando as situações-problemas presentes na realidade. Nos relatos descreveram aspectos como alegria no processo de aprendizagem, ocasionado pela utilização de metodologias participativas e lúdicas para desencadear os debates.

Almeida (2003) acentua que a educação utilizando metodologias participativas e lúdicas proporciona um ambiente alegre e descontraído, favorecendo a aprendizagem e servindo como caminho para a transformação e a libertação do ser humano. Educar ludicamente tem significação muito profunda e está presente em todos os segmentos da nossa vida, pois combina e integra a mobilização das relações funcionais ao prazer de interiorizar o conhecimento e a expressão de felicidade, manifestada pela sua interação com os seus semelhantes.

Corrêa et al. (2005) proferem que o educador precisa estar aberto aos desafios de conseguir problematizar o saber, favorecendo aos educandos um processo educativo que permanentemente esteja sob o olhar indagador, de interrogação e de dúvida, levando-os à reflexão crítica.

Por fim, auferiu-se pelas falas dos adolescentes que os encontros favoreceram a uma discussão sobre as DST/Aids com base no contexto das vivências, das necessidades e dos interesses individuais e coletivos dos participantes, permitindo a reflexão-crítica sobre a necessidade de medidas preventivas, tendo em vista a não infecção por estas doenças.



IDÉIAS \equiv AÇÃO

Consideração Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou reflexões sobre a necessidade de planejamento de ações educativas para prevenção das DST/Aids junto a adolescente em situação de rua, através de uma maneira nova de pensar e agir, ponderando o contexto, as crenças, as ideias e os valores destes sujeitos. Assim, o apreender acerca da tomada de consciência a que o grupo em estudo apresentou ao final da caminhada, perpassou a capacidade de descrição.

Nesta pesquisa, a ação educativa foi ancorada pelo método Círculo de Cultura que sendo uma metodologia conscientizadora e participativa, promoveu nos adolescentes reflexões e pensamentos críticos acerca das suas ações frente às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A estratégia educativa desenvolvida em cada Círculo de Cultura teve como base a realidade dos participantes articulada com a metodologia freireana, em que a partir do levantamento do universo temático, foram identificadas as necessidades dos adolescentes, e durante o grupo, foi possível criar e recriar saberes, desconstruindo e reconstruindo conceitos e pré-conceitos acerca do tema posto em discussão.

Este estudo teve como objetivo principal compreender como as ações de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro, a partir do Círculo de Cultura, com os adolescentes em situação de rua podem ser eficazes na prevenção das DST/Aids. Além do método do educador Paulo Freire, é importante destacar que outras técnicas foram utilizadas para coleta de informações, como: entrevista, observação participante, registro em fotos e diário de campo, as quais facilitaram a descrição dos resultados de forma objetiva e pontual.

Na realização dos círculos, evidenciou-se:

- Que se fez necessário já no primeiro encontro a identificação do conhecimento prévio, as expectativas e as vivências dos adolescentes em situação de rua, para descobrir os temas a serem desenvolvidos na estratégia educativa, considerando os interesses e a necessidade do grupo pesquisado;
- A interação do pesquisador com os adolescentes, como animador do Círculo de Cultura, no qual exerce o papel de incentivador, favorecendo o envolvimento dos participantes nas ações educativas de forma singular, norteado por um espaço cercado pela criatividade, inovação, alegria e união de todos;
- As técnicas de sensibilização despertaram no grupo a descoberta do aprender/reaprendendo e a possibilidade da superação dos obstáculos pessoais e coletivos que oprimiam os adolescentes;

- Os adolescentes participantes deste estudo demonstraram maiores conhecimento acerca das formas de como se adquire DST/Aids e reconheceram que a informação adequada e articulada é ferramenta importante para a prevenção destas doenças;
- O rompimento do convívio familiar foi relatado como um dos fatores do aumento da vulnerabilidade às DST/Aids. Os adolescentes expressaram claramente que a reestruturação de sua família mudaria o rumo de suas vidas, e que o enfrentamento e a superação do luto pelo qual estavam vivendo, tornava-os mais vulneráveis às DST/Aids;
- O fato de as discussões do grupo iniciarem-se pelo compartilhar das vivências e sentimentos permitiu identificar nos adolescentes o desejo de agir, potencializando, assim, o protagonismo juvenil destes sujeitos para a divulgação das informações obtidas acerca da prevenção das DST/Aids junto aos pares;
- O uso de drogas lícitas e ilícitas é um dos fatores condicionantes para a realização de práticas sexuais desprotegidas por estes adolescentes, e que a rua como lugar de sexo fácil, de prostituição e meio de disseminação das doenças contribui para o não assumir de um comportamento sexual responsável, condizente com conhecimento que afirmaram possuir acerca da prevenção das DST/Aids;
- Que a utilização de recursos tecnológicos como vídeo educativo em ações desenvolvidas pelo enfermeiro com esta população facilita o processo de “tomada de decisões” e provém um cuidado proporcionado pelo desenvolvimento do pensamento crítico, pela promoção da expressão e da comunicação, favorecendo visão mais ampliada da realidade na qual eles estão inseridos;
- Que o enfermeiro, ao abordar a temática das DST/Aids com adolescentes em situação de rua, precisa manter a coerência em garantir a participação ativa e autônoma dos envolvidos por meio de uma escuta sensível aos sentimentos expressos pelo grupo;
- Que no início dos círculos, os adolescentes demonstraram um conhecimento equivocado e desarticulado acerca da prevenção das DST/Aids. Isto encontra justificativa, de acordo com os achados deste estudo, no fato que para este grupo o acesso às informações e aos serviços de saúde eram extremamente difíceis;
- Os programas e as ações desenvolvidos para os adolescentes em nível primário encontraram entraves para o estabelecimento de vínculo e parcerias entre os adolescentes e o trabalhador em saúde, necessitando que os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica facilitem o acesso desta população aos serviços de saúde e por consequência melhorem a assistência integral ao adolescente;

- Os momentos de desconstrução/reconstrução do conhecimento, utilizando dinâmicas ativas e criativas ao longo do processo ensino-aprendizagem, possibilitaram aos sujeitos a busca por soluções para as situações-problemas vivenciadas, de forma aberta, dinâmica, criativa, reflexiva e interativa promovendo a construção de habilidades e competências;
- O processo avaliativo dos Círculos de Cultura motivou os adolescentes em situação de rua à apreciação contínua das vivências/conhecimentos construídos, evidenciando ainda as limitações e possibilidades que serviram de reorientação na condução dos encontros subsequentes;
- Que a educação em saúde se apresenta como uma ferramenta útil para promover mudança na vida dos sujeitos, levando-os à compreensão do processo saúde-doença, permitindo-lhes o enfrentar os agravos à saúde por meio da mudança permanente ou temporária do comportamento, que os incentivam a adquirir habilidades para executar procedimentos de cuidados da saúde e atitudes preventivas frente aos riscos.

Frisa-se um fator relevante para a construção dos Círculos de Cultura: o momento da aplicação da entrevista individualizada que permitiu um contato mais próximo, interativo e de confiança entre o pesquisador e pesquisados, sendo fortalecido ainda mais com a efetivação das estratégias educativas.

Vale salientar que a observação participante, somando-se aos conteúdos das entrevistas, possibilitou ao pesquisador experienciar as ações vivenciais dos sujeitos em seu ambiente de convívio.

Neste estudo, foram realizados seis Círculos de Cultura que seguiram as seguintes etapas: conhecimento do universo vocabular dos adolescentes, dinâmica de sensibilização, problematização, fundamentação teórica, reflexão teórico-prática, construção coletiva do conhecimento, momento de síntese das vivências grupais e avaliação.

Nesta pesquisa, ao exercer o papel de animador/pesquisador dos Círculos de Cultura desenvolvidos com adolescentes em situação de rua, o pesquisador desvestiu-se de preconceitos e falsas verdades para juntamente com eles, em um ambiente marcado pela alegria, confiança, amizade, sinceridade e amor mútuo, promover condições para a mudança de percepções acerca da vulnerabilidade frente às DST/Aids.

O espaço proporcionado pelos pressupostos freireanos permitiu a participação dos adolescentes com a valorização do outro, através de uma postura de escuta, diálogo e troca de experiências, respeitando o universo de cada um, e também considerando crenças e valores.

No decorrer dos Círculos, ainda vislumbrou-se que a atividade educativa, cuja operacionalização envolveu os participantes, permitiu que eles pudessem expor suas percepções e expressassem suas vivências, facilitando o processo de ensino aprendizagem.

O processo educativo despertou também nos adolescentes a necessidade de alertar os pares sobre a problemática que envolvia as DST/Aids, confirmando que o Círculo de Cultura possibilita a reflexão para promover a transformação não somente do sujeito, mas também do meio em que vive.

O adolescente em situação de rua representa um retrato da injustiça social e revela um descompromisso do estado no atendimento aos direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Sociedade Brasileira atual apresenta um distanciamento no concernente à mobilização para construir soluções aos problemas sociais, algo que provoca agravamento da situação do adolescente com vivência de exclusão social.

As situações vivenciais destes adolescentes são marcadas por uma complexidade que os expõem diariamente aos agravos e riscos à saúde, fato este, vinculado ao uso abusivo de drogas, à violência, à prostituição, à vulnerabilidade social e programática.

Assim, somente com o entendimento destas vulnerabilidades, o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro poderá atender aos anseios da promoção da saúde e qualidade de vida desta população em específico.

Os vários relatos descritos no corpo desta pesquisa apontaram que a condição de exclusão social vivida por estes adolescentes apresentava-se como um fator que impossibilita o acesso deles aos serviços públicos de atenção à saúde, e mesmo quando estes conseguem serem atendidos, via de regra, a maioria dos profissionais não estava preparado a assisti-los de forma a proporcionar a sua emancipação.

Vivenciar a exclusão social revela para estes adolescentes situações marcadas pelo medo e pela violência, sendo que muitos deles apresentam marcas indeléveis das distintas agressões sofridas, que sejam no campo físico ou psicossocial. Para o favorecimento de um crescimento e desenvolvimento de adolescentes livres de agravos à saúde, necessita-se de uma atenção integral à saúde sexual e reprodutiva por meio de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, algo que para ser exitosa exige mudança de cultura e desejo político.

Vale salientar que apesar dos movimentos sociais, das ações diversas, estas são na sua grande maioria de cunho focal que não conseguem sanar as adversidades colocadas pela conjuntura social presente nos países. Por isso, para suprir a carência existente na defesa da cidadania destes adolescentes, faz-se necessário agir de forma articulada e estruturada entre o Estado, Sociedade Civil Organizada e ONG.

Infere-se, ainda, que mesmo os serviços e as instituições que prestam atendimento ao adolescente em situação de rua, apresentam ações pontuais, cuja maioria de suas ações concentra-se ao atendimento das necessidades pertinentes aos aspectos biológicos, não percebendo o adolescente como um ser integral, constituído de crenças e valores singulares.

Em face do contexto, o presente estudo traz contribuições importantes para o conhecimento científico e da Enfermagem, uma vez que permitiu a identificação da necessidade de um suporte humanizado por parte dos serviços de saúde para atender a esta população específica.

Na realização destes círculos, pôde-se observar que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, educador nato, precisa atentar para a possibilidade da inovação das práticas educativas, tratando o fenômeno educativo de forma totalizado, reforçando a visão de que as soluções dos problemas de saúde dos sujeitos necessitam de intervenções educativas socialmente fundamentadas no ponto de vista político-econômico-cultural.

Tendo em vista as considerações, reafirma-se que o profissional de Enfermagem ao assumir o compromisso de promover a saúde integral do adolescente precisa planejar e executar intervenções que valorize as capacidades e potencialidades do cuidar, a partir de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial, por meio do resgate ao assistir universal sem perder de vista o cuidado como um ato de cidadania, cujas intervenções realizadas devem estar atreladas ao contexto cultural, social e familiar do adolescente, sendo competência do enfermeiro articular estratégias que considerem as particularidades e especificidades presentes na realidade destes sujeitos.

Afirma-se, categoricamente, que a Enfermagem dentro de uma perspectiva intersetorial precisa se apropriar da plenitude das necessidades apresentadas por estes sujeitos pela ótica dos direitos constitucionais, da vulnerabilidade nas três dimensões, individual, programática e social e da redução de risco, para planejar e implementar estratégias eficazes na prevenção das DST/Aids.

Reafirma-se, ao final desta caminhada, que a metodologia freireana é uma estratégia de promoção da saúde que possibilita a identificação do contexto cultural dos sujeitos, e, a partir desse, o planejamento de métodos de intervenção que se adéquem ao cotidiano deles. Assim, tem-se a convicção de que os adolescentes em situação de rua estão abertos para compartilhar e receber informações, e que o método de Paulo Freire, Círculo de Cultura, é eficaz para o exercício de uma prática educativa crítica e reflexiva.

Diante destas considerações, ratifica-se que as práticas de educação em saúde, desenvolvidas pela Enfermagem, necessitam compreender o cenário no qual o sujeito está inserido para que a partir de uma linguagem comum ao meio, desenvolva um espaço dialogal para a discussão de temas, muitas vezes não percebidos pelos adolescentes, cruciais para o bem-estar biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n.2, p. 407-416, 2009.

ABICHEQUER, A. M. D. “**Só pega essa doença quem quer**”? : **tramas entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade a infecção pelo HIV/Aids**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação; Programa de Pós Graduação em Educação, Porto Alegre, 2007.

ALMEIDA, M. C. P. et al. Trabalho de Enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em Saúde Coletiva - rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. (Org.) **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 296.

ALMEIDA, P. N. **Educação lúdica: técnicas e jogos pedagógicos**. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

ARAÚJO, R. R. D. F. **Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em Hanseníase**. Ribeirão Preto. 2005. 144p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo, 2005.

ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.; MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Editora 34, 2001.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKEMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. São Paulo: FIOCRUZ/HUCITEC, 2006. p. 375- 471.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-39.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Eds.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 66-85.

AZEVEDO, R. L. W. et al. Representações sociais da adolescente feminina acerca da sexualidade em tempo de Aids. **DST J bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 3, p. 204-210, 2006.

BAEZA, B. et al. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. **Rev. Sogia**, v.12, n.2, p.41-48, 2005.

BARRETO, L. C. **Prostituição, gênero e sexualidade**. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BATISTA PINTO, E. The qualitative research in Clinical Psychology. **Psicologia USP**, v. 15, n. 1/2, p. 71-80, 2004.

BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis: uma investigação entre adolescentes. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 4, p.402-407, 2006.

BESERRA, E. P.; TORRES. C. A.; BARROSO, M. G. T. Dialogando com professores na escola sobre Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Rev. Rene**, v. 9, n. 4, p. 151-157, 2008.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, J. D. **Estratégias de ensino e aprendizagem**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano-Compaixão pela Terra**. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

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

BORGES, I. K. **Representações sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida na rua da cidade de Goiânia**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

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

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRANDÃO. **O que é o método Paulo Freire?** 26. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em pesquisa - CONEP. **Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: DST e AIDS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 57/2008 e pelas Emendas Constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. – 31. Ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009a. 516 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS E Hepatites Virais. **O mapa da AIDS no Brasil**. 2009b. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/pages/LUMISE77B47C8JTEMID0863246E010245EDB538EB99511F42B2PTBRIE.htm> > Acesso em 6 dez. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas/ Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**; IME USP. Organizadores: DUARTE, P. C. A. V.; Stempliuk, V. A.; Barroso, L. P. – Brasília: SENAD, 2009c. Brasília: SENAD, 2009. 364 p.364 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. 2011**. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2011/abril/pesquisa-aborda-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-rua/>. Acesso em 14 jul. 2011.

BRITO, V. H. **Processo ensino - aprendizagem da assistência de enfermagem: ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente**. 1997. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 1997.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e Educação em Saúde na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**; v. 57, n. 2, p.165-169, 2004.

CAMPBELL, S. Using peer education projects to prevent HIV/AIDS in young people. **Nursing Standard**, v. 20, n.10, 50-55, 2005.

CANO, M. A. T; FERRIANI, M. G. C; GOMES, R. Sexualidade na Adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 8, n. 2, p. 18-24, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARINHANHA, J. I. **Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua: bases para o cuidado de enfermagem pela cidadania**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro Biomédico, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Ceará. **Informe Epidemiológico da AIDS 2010** [Internet]. Disponível: <http://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em 12 mar. 2011.

CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H. C. H.; CEZAR VAZ, M. R. Falando sobre pesquisa, educação e saúde na enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 154-160, 2005.

CENTRAL STATISTICAL OFFICE ZIMBABWE & MACRO INTERNATIONAL, 2007. **Zimbabwe demographic and health survey 2005-2006**. Calverton. Disponível em http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1526_epivriefs_ssafrica_en.pdf. Acesso em 10 jan. 2011.

CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no tratamento da Hipertensão Arterial**. São José do Rio Preto. 2000. 122p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2000.

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

CORRÊA, L. B. et al. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da Educação Ambiental. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 9, n. 18, p. 571-584, 2005.

COSTA, A. G. M.; VIEIRA, N. F. C. Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança (EPSD) com adolescentes. **Revista Brasileira de educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, v. 4, n. 2, p. 62-74, 2009.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil e representação social**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2005.

_____. **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

CRESPIN, J.; REATO, L. F. N. **Hebiatria: medicina da adolescência**. São Paulo: Roca, 2007.

CUCHNIR, L.; MARDEGAN JÚNIOR, E. **Homens e suas máscaras: a revolução silenciosa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

DAMASCENO, C. F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM 2) e profissionais**. 2003. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

DEANS, A.; SINGH, N. Psychological factors which influence sexual practices of homeless youth in Seattle. **Journal of Adolescent Health**, v. 24, p. 125-126, 1999.

DEL COLLADO, A. C. M. **Crianças na rua**. São Paulo: Escuta, 1995.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of “vulnerability” social. **Science & Medicine**, v. 50, p. 1557-70, 2000.

DINIZ, J. C. Enfermagem: uma proposta para atuar com famílias de indivíduos alcoolistas baseada no Método Paulo Freire. 1997. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 1997.

DOMINGOS, S. R. F. **A consulta Ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva**. 2003. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FAÇANHA, M. C. et al. Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza – Ceará. **DST J Bras Doenças Sex Transm.**, v.16, n. 2, p.5-9, 2004.

FERGUSON, D. M. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. **Adolescence**, p. 2891-96, 1999.

FERNANDES, J. C. L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. **Cad Saúde Pública.**, v.10, n. 2, P. 171-180, 1994.

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

FERREIRA, A. G. N. **Religiosidade de adolescentes na prevenção das DST/HIV/AIDS**. 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FERREIRA, D. L. **O dia é da rua, a noite é do albergue: condições e contradições de um abrigo de regime aberto para adolescentes em situação de rua na cidade de Fortaleza**. 2000. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Departamento de Ciências Sociais e Filosofia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R. (org.). **Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 34-41.

_____. Educação e conscientização. In._____. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo : Paz e Terra, 2002. p.158.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação**, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Ed. Moraes, 2005.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008a.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 47^a ed. São Paulo, SP; Paz e Terra, 2008b.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GADOTTI, M. **Educação e compromisso**. 3. ed. Campinas: Papirus Editorial, 1998.

_____. A voz do biógrafo brasileiro: a prática á cultura do sonho. In: GADOTTI, M. **Paulo Freire uma biobibliografía**. 3. ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: prática de integração na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

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

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “**Grupo aqui e agora**”: uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem.[S.l.], 2005.

GONÇALVES V. F. et al. Estimativa de subnotificação de casos de AIDS em uma capital do Nordeste. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 356-364, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: ATLAS, 2006.

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

GIORGI, M. D. M. **O idealizado e o realizado no ensino da assistência de enfermagem.** 1997. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 1997.

GUERRIERO, I. C. Z. **Gênero e vulnerabilidade ao HIV: um estudo com homens na cidade de São Paulo.** 2001. 212p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, sexualidade e AIDS: um projeto de prevenção. In: COSTA, A. D. O.; AMADO, T. (Orgs.) **Alternativas escassas: saúde sexualidade e reprodução na América Latina.** São Paulo. PRODIR/ FCC. Rio de Janeiro, 1994. 34. ed. p. 249-281.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 2003.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.** 2006. 296p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

HERCOWITZ, A.; ZAN, R. Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. In: CRESPIAN, J.; REATO, L. F. N. **Hebiatria: medicina da adolescência.** São Paulo: Roca, 2007. p. 430-435.

HUANG, Z.; GUAGLIARD, M. F.; D'ANGELO, L. F. HIV risk behaviors among adolescent girls who have older sexual partners. **Journal of Adolescent Health**, v. 11, n. 2, p. 1-44, 1999.

INSTITUTO CIDADANIA. **Retratos da juventude brasileira**. São Paulo: Instituto Cidadania, 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (ORG.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro. Ed UERJ, 2001.

JORGE, J. S. **A Ideologia de Paulo Freire**. 2. ed. Editora: Loyola, 1981.

JOSEPH, J. G.; GUAGLIAR, M. F.; D'ANGELO, L. J. Sexual and drug use behaviors as risk factor for sexually transmitted diseases among urban African American adolescents: A case-control study. **Journal of Adolescent Health**, v. 24, p. 131, 1999.

LABONTE, R. **Centre for Health Promotion. University of Toronto**. Toronto: issues in Health Promotion Series, 1993.

LABONTE, R.; FEATHER, J.; HILLS, M. A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. **Health Educ. Res.** v. 14, p. 1, p. 39-50, 1999.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 41, n. spe., p. 847-852, 2007.

LIMA, L. O. Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: LIMA, L. O. **Tecnologia, educação e democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 175-176.

LINHARES, C.; TRINDADE, M. N. (Orgs.) **Compartilhando o mundo com Paulo Freire**. São Paulo: Cortez, 2003.

LOFORTE, A. M. **Práticas culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença**. Maputo, 2003.

LOURENÇO, B. Vulnerabilidades: desafios do atendimento sob um olhar de resiliência. **Manual de Atenção a Saúde do Adolescente**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPS. São Paulo: SMS, 2006.

LOYOLA, M. A. AIDS e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M. A. (Orgs.). **Aids e Sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. p. 19-72.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004. p.320.

MANDÚ, E. N. T. et al. Conhecimentos, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e AIDS. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, v. 10, n. 1, p.74-90, 2000.

MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. **Adolescência e Psicopatologia**. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

MARTINS, A. K. L. **Círculos de Cultura em Saúde Mental: perspectivas de equipes da Estratégia Saúde da Família**. 2009. 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2009.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 22, p.32-36, 2000.

MEDEIROS, M. et al. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Rev. Latino- am Enferm.**, v. 9, n. 2, p.35-41, 2001.

MELLO, G. R. et al. Erotismo e prevenção de DST/AIDS entre adolescentes. Como atuam os meios de comunicação?. **DST J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 17, n. 2, p. 99-106, 2005.

MIGUEL, F. V. C. A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da Linguística Aplicada. **Rev Odisseia.**, n. 5, 2010. Disponível em: www.cchla.ufrn.br/.../A_entrevista_como_instrumento_para_investig... Acesso em 12 jan. 2010.

MILET, M. E.; MARCONI, R. Metodologia participativa na criação de material educativo com adolescentes. In: RIBEIRO, M. (Org.). **Educação sexual: novas idéias, novas conquistas**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993, p.205-229.

MINAYO, M. S. C. et al. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. S. C. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am. Enfermagem.**, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(RE) construção e ações de educação em saúde a partir de Círculos de Cultura: experiências participativas com enfermeiras do PSF do Recife / PE.** 2007. 179p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2007.

MONTEIRO, S; VARGAS, E.; CRUZ, M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: reflexões e perspectivas. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Orgs.). **Educação, Comunicação & Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.27-47.

MORAES, M. C. **Educar na biologia do amor e da solidariedade.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** 1. ed. Editora: SULINA, 2005.

_____. **Os setes saberes necessários à educação.** 2. ed. rev. Cortez Editora, 2011.

MOURA, A. D. A. **Educação em Saúde com prostitutas na prevenção das DST/AIDS: reflexão à luz de Paulo Freire.** 2007. 110p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

NARDI, J. B. Cultura, identidade e língua nacional no Brasil: uma utopia? Cad Estud FUNESA, Arapiraca, 2002. Disponível em: http://www.apreis.org/docs/bresil/Cult_lang_bres_jBnardi_vp.pdf. Acesso em 8 jun. 2010.

NICHIAI, L. Y. J. et al. A Utilização do conceito “Vulnerabilidade” pela Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.16, n.5, p. 923-928, 2008.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS. **Esc Anna Nery.**, v. 13, n. 4, p. 833-841, 2009.

OLIVEIRA, I. A dialogicidade como estrutura mediadora da ação educativa. In: OLINDA, E. M. O.; FIGUEIREDO, J. B. A. **A formação humana e dialogicidade em Paulo Freire**. FORTALEZA: UFC, 2006. p. 75-83.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A. Adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação da determinação social do processo saúde-doença. **Rev Bras Enferm.**, v. 51, n.4, 1998, p. 643-654.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERE, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, M. H. P. et al. O conhecimento sobre a AIDS entre trabalhadores rurais. **Rev Paul Enferm.**, v. 11, n. 20, p. 77-80, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services**. Genebra: WHO, 2005. Disponível em http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Acesso em 28 fev de 2010.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha**. Sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo. Summus editorial, 2000. p.309.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol USP.**, v. 13, n. 01, p.55-78, 2002.

PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política**. 1. Ed. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34 editora, 2000.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Trickters”. In: Ramos, F. R. S.; MONTICELLIM, M.; NITSCHER, R.G. (Eds). **Projeto acolher: um encontro de Enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEN/Governo Federal, 2000. p. 121-43.

PEREIRA, E. D. Adolescência: um jeito de fazer. **Rev da UFG**. [on-line]., v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: [www_ufg/juventude/adolesc.html](http://www.ufg/juventude/adolesc.html). Acesso em 06 ago. 2010.

PEREIRA, E. D.; PINTO, J. P. Adolescência: Como se faz? – apontamentos sobre discursos, corpos e processos educativos. **Fazendo Gênero**. Goiânia: Grupo Transas do Corpo, ano VII, n.17, 2003.

PEREIRA, J. L. et al. **Sexualidade na adolescência no novo milênio**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-reitoria de Extensão, 2007.

PERES, C. et al. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública.**, v. 36, n. 4, p.76-81, 2002.

PERUZZO, C. M. K. Observação Participante e Pesquisa-ação. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 125-145.

PICCOLO, F. D.; KNAUTH, D. R. **Uso de drogas e sexualidade em tempos de Aids e redução de danos**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 127 – 145, junho de 2002.

PINHEIRO, P. N. C. A cultura masculina e suas influências na soropositividade pelo HIV à AIDS. 2005. 105f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

PORTO, S. O. B. et al. Prevalence and risk factors for HBV e infection among street youth in Central Brazil. **Journal of Adolescent Health**, 15, p. 577-584, 1994.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev Enferm UERJ.**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RAMOS, F. R. S Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: RAMOS, F. R. S (Org.) **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEN, 2001.

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS WDR 2010. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Referências ao Brasil e ao Cone Sul, 2010.

RIBEIRO, M. O. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 11, n. 5, p. 622-629, 2003.

RIOS, L.F. et al. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad Cedes.**, v. 22, n .57, p. 45-61, 2002.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SALUM M. J. L.; QUEIROZ, V. M.; SOARES, C. B. A. **Responsabilidade da Universidade Pública no Ensino de (Enfermagem em) Saúde Coletiva**. 1998. Disponível em: < [http:// www.datasus.gov.br/cns/temasqtemas/vi.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/temasqtemas/vi.htm)>. Acesso em: 15 out. 2010.

SANCHES, K. R. B. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade**. 1999. 143p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

SANTOS, I. et al. Caring: building a new history of sensibility. [online]. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.1, n. 3, 2002. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn103santosietal.htm> . Acesso em 24 set. 2010.

SAUPE, R. Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos. In: SAUPE, R.; NIETSCHE, E. A. (Org.) **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis (SC): Editora da UFSC, 1998. p. 28-73.

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída á possibilidade em construção**. Florianópolis: editora UFSC, Série Enfermagem, Repensul, 1998. p. 245-272.

SAYÃO, R. Saber o sexo? Os problemas da informação sexual e o papel da escola. In: AQUINO, J.G. (Org.). **Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo, Summus, 1997. p. 97-105.

SENA, C. S. Pesquisa realizada em Goiânia pela Secretária Municipal de Saúde Cidadão 2000 em convênio com a UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde. Relatório da pesquisa: “ **uso de drogas e exposição as DST entre crianças e adolescentes em situação de rua**” em **Goiânia, GO.**” Goiânia, dez, 2002.

SERRA, M. G. **Evalucación de los servicios sociales**. Barcelona: Gedisa Editorial, 2004.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, D.; MOREIRA DOS SANTOS, E.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 84-105.

SILVA, J. L. A.; LOPES, M. J. M. Educação em Saúde a portadoras de úlceras varicosa através de atividade de grupo. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 240-50, 2006.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescente ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa**. 2008. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc Anna Nery.**, v. 11, n. 2, p. 296-302, 2007.

TRAVERSO-YEPEZ, M. T.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol Soc.**, v. 14, n. 2, p.133-147, 2002.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS epidemic update**: Geneva, UNAIDS, 2009. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate/>. Acesso em 10 jan. de 2011.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Innovative approaches to HIV prevention selected case studies**. Geneva, 2000.

_____. **Relatório Global da AIDS, UNAIDS, 2010**. Report on the global AIDS epidemic. Geneva, 2010.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Novas Tecnol. Educ.**, v. 5, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/ciclo10/artigos/1bAriel.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**. *Empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VELHO, G. A dimensão cultural e política do mundo das drogas. In:_____. ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VIEIRA, E. M.; VILLELA, W. V.; RÉA, M. F.; FERNANDES, M. E. L. FRANCO, E.; RIBEIRO, G. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo. **Cad Saúde Pública.**, v. 16, n. 4, p. 997-1009, 2000.

VIEIRA, M. A. S. et al. Fatores associados do uso de preservativa em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **DST J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 16, n. 3, p.7-83, 2004.

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

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2000. p. 95-150.

VITALLE, M. S. S.; MEDEIROS, E. H. G. R. **Guia de Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. **Health Education Research**, v. 9, n.1, p. 105-108, 1994.

WALLERSTEIN, N.; SANCHES-MERKI, V. Freirian praxis in health education: research results from an adolescent – prevention program. **Health Educ. Res.**, v. 9, n. 1, p. 105-118, 1994.

WATTS, M. J.; BOHLE, H.G. The space of vulnerability: the causal structure of hunger and family. **Progress in Human Geography**, London, v. 17, n. 1, p. 43-67, 1993.

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Imago, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global summary of the AIDS epidemic, 2008**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2008reportontheglobalaidsepidemic/> . Acesso em: 14 set. 2010.

ZANATTA, E. A. **Saberes e práticas das mães no cuidado a criança de zero a seis meses de vida. 2006**. 163f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)

Eu, Izaildo Tavares Luna, enfermeiro, aluno do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Ceará, pretendo desenvolver um estudo sobre **Educação em Saúde com adolescentes em situação de rua, visando à prevenção de DST/Aids**. Assim, gostaria de falar um pouco sobre minha intenção e pedir a sua colaboração para participar da pesquisa. Inicialmente, informo que já obtive autorização da Secretária do Trabalho e Assistência Social (STDS) para esse fim, agora preciso explicar alguns pontos para esclarecer minha intenção e você avaliar sua participação ou não.

Em primeiro lugar informo que o objetivo do estudo é: desenvolver Círculos de Cultura acerca das situações de vulnerabilidade em relação às DST/AIDS junto aos adolescentes em situação de rua.

As informações serão coletadas em encontros previamente agendados com os adolescentes, da seguinte maneira: observarei o comportamento, as opiniões, as dúvidas, a expressão corporal e a criatividade; conversaremos sobre assuntos de interesse do grupo referente à sexo, prevenção e DST/AIDS; registrarei os momentos em fotos, filmagens e/ou gravações de voz; anotarei todas as informações colhidas em registro específico (diário de campo) para posterior análise.

Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem todo o direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para seu atendimento no albergue.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome, e quanto às informações prestadas durante os encontros. Não divulgarei o seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que estejam relacionadas com sua identidade.
- ❖ Caso aceite participar, não haverá qualquer prejuízo ou alteração no seu atendimento no albergue por causa das informações fornecidas nesta pesquisa.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento no albergue.
- ❖ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a criação de um método alternativo de promoção da saúde para outros adolescentes.
- ❖ Como já dito anteriormente, os encontros serão filmados e gravados, portanto solicito a sua autorização para realizar o registro dos momentos em fotos, filmagens e/ou gravações de voz.
- ❖ As imagens conseguidas através de sua participação no estudo não permitirão a sua identificação, pois terão sua visualização distorcida garantido a não identificação de sua aparência física.
- ❖ Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento, no endereço: Rua Carlos Vasconcelos, 1847-apto.:303, Aldeota-Fortaleza CE. CEP.: 60115-171. Telefone: (85)88764748. E-mail: izaildo@yahoo.com.br
- ❖ Este termo será feito em duas vias, na qual uma destas ficará com o participante e a outra com o pesquisador.
- ❖ O Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) estará disponível para esclarecer dúvidas quanto à pesquisa pelo telefone: (85)3366-8338.

Em face a esses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço. Para isso deixo meu nome completo, endereço e telefone para contato:

Declaro que depois de esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo com título: **Educação em Saúde com adolescentes em situação de rua visando à prevenção de DST/AIDS.**

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do adolescente envolvido na pesquisa

Assinatura do responsável pelos adolescentes
no albergue

Assinatura do pesquisador



Digital (Se
Analfabeto)

Testemunha

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Sexo:

Grau de escolaridade:

Naturalidade:

Procedência:

1. O que você sabe sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)?
2. O que você sabe sobre a prevenção das DST/Aids?
3. Quando você está na rua que situações podem levar a contaminação das DST/HIV/Aids?

APÊNDICE C - Diário de Campo

- Integração entre os participantes do grupo
- Comunicação não verbal
- Participação dos adolescentes no grupo

APÊNDICE D - Perguntas do Repolho

- 1) O que são DST?
- 2) O que é o HIV e a Aids?
- 3) Como são transmitidas as DST?
- 4) Como podemos nos prevenir das DST/Aids?
- 5) É possível pegar alguma DST através da doação de sangue?
- 6) Pode se contaminar com duas DST na mesma relação sexual?
- 7) O que devo fazer se durante uma relação sexual a camisinha se romper?

ANEXO A – Protocolo Comitê de Ética

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 07/11

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2011

Protocolo COMEPE nº 301/ 10

Pesquisador responsável: Izaildo Tavares Luna

Título do Projeto: "Prevenção de IST/AIDS junto aos adolescentes em situação de rua a luz de Paulo Freire"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 09 de dezembro de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B – Termo de Compromisso



SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
LABORATÓRIO DE INCLUSÃO
Núcleo de Estágio Universitário



TERMO DE COMPROMISSO

Ao(s) 14 dia(s) do mês de janeiro de 2011, a SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CNPJ nº 12.209.540/0001-69, com endereço na Rua Soriano Albuquerque, 230, Bairro Joaquim Távora, CEP nº 60.130-160, nesta Capital, e o(a) ESTAGIÁRIO (A) Valdiléia Tavares Sousa matriculado(a) na VFC sediada na Cidade de Fortaleza/Ce, no _____ semestre do Curso de mestrado firmam entre si o presente Instrumento regido pela legislação aplicável e pelas cláusulas a seguir especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA. O presente Termo de Compromisso tem por objetivo formalizar as condições básicas para realização de ESTÁGIO CURRICULAR VOLUNTÁRIO SEM REMUNERAÇÃO junto à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, fundamentando-se no Decreto Estadual nº 26.740, de 12 de setembro de 2002, parte integrante deste Instrumento, independentemente de transcrição.

CLÁUSULA SEGUNDA. O Estágio de estudantes de ensino superior, aqui acordado, é caracterizado pela não-vinculação empregatícia, podendo ser denunciado a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicação escrita e com antecedência de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA TERCEIRA. A vigência deste Instrumento será de 04 meses – com uma carga horária de 12 horas por semana.

CLÁUSULA QUARTA. Se durante a vigência deste Termo de Compromisso a STDS identificar violação dos compromissos assumidos por quaisquer das partes, fará cessar suas responsabilidades legais, técnicas e administrativas, quando, por escrito, cientificará às partes envolvidas.

CLÁUSULA QUINTA. O foro regulador do presente Instrumento é o de Fortaleza/CE, para as pendências não resolvidas administrativamente.

Assim, de inteiro e comum acordo com as condições aqui explicitadas, como também nos termos do conjunto de leis regentes da matéria, firmam as partes o presente Termo de Compromisso em 02 (duas) vias idênticas, para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Fortaleza, 14 de janeiro de 2011.

Valdiléia Sousa da Silva
Coordenação da Comissão de Seleção de
Estágio Universitário da STDS

Valdiléia Tavares Sousa
Estagiário(a)

