



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO
GRUPO DE VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA À PREVENÇÃO DE DSTS E
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA PARA ADOLESCENTES JOVENS**

Karla Carolina Silveira Ribeiro

JOÃO PESSOA – PB

2013

Karla Carolina Silveira Ribeiro

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA À PREVENÇÃO DE DSTS E
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA PARA ADOLESCENTES JOVENS**

Tese submetida como requisito para obtenção do
grau de Doutora em Psicologia Social.

Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
(Orientadora)

*R484i Ribeiro, Karla Carolina Silveira.
Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DSTs e
gravidez não planejada para adolescentes jovens / Karla
Carolina Silveira Ribeiro.-- João Pessoa, 2013.
229f. : il.
Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
Tese (Doutorado) – UFPB/CCHL
1. Psicologia social. 2. Vulnerabilidade - jovens - DST/HIV.
3. Adolescentes jovens - atitudes. 4. Gravidez não planejada.*

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - DOUTORADO
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA À PREVENÇÃO DE DSTS E
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA PARA ADOLESCENTES JOVENS**

Autora: Karla Carolina Silveira Ribeiro

BANCA AVALIADORA

**Profª Drª Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
(UFPB, Orientadora)**

**Profª Drª Josevânia da Silva
(Centro Universitário de João Pessoa)**

**Profº Drº Augusto Cesar Barreto Neto
(UFPE)**

**Profº Drº Eduardo Sergio Soares
(CCS/UFPB)**

**Profª Drª Ana Raquel Rosas Torre
(CCHL/UFPB)**

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminarem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos caracterize”.

Boaventura de Souza Santos

Dedicatória

À Deus

Por ter me concedido a dádiva de fazer um mestrado e logo depois o doutorado e me dado forças, capacidade e destreza para a realização desse trabalho.

À minha mãe Iris e ao meu irmão Manoel Humberto

Que sempre estiveram ao meu lado me enchendo de confiança e apoio, principalmente nas horas mais difíceis, me possibilitando sempre ir em frente.

À minha irmã Katyara e meu Cunhado Demilton

Sem eles eu não teria vindo a João Pessoa e realizado o sonho de ser psicóloga, agradeço tremendamente a Deus pela vida dos dois e por terem sido instrumento de benção em minha vida.

À minha sobrinha Hadassa

Que se tornou um grande raio de luz que ilumina e alegra meus dias.

Ao meu namorado Carlos Wilson

Pelo companheirismo, força, carinho e atenção que me levou a ter mais entusiasmo e energia para continuar escrevendo, mesmo após longas horas de trabalho e cansaço.

À minha orientadora Ana Alayde

Pelos ensinamentos, os quais me possibilitaram alcançar todos os êxitos que conquistei. Muito mais que uma professora, uma mestra não só na academia, mas primordialmente na vida.

Agradecimentos

Às amizades criadas e cultivadas no núcleo de pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde; o qual se tornou uma segunda família para mim, a que tive o prazer de escolher, Juliana, Flávio, Maria Tereza, Regina, Elís, Iria, Celestino, Roberta, Sandra, Degmar e Isabele, em grupo nós não só trabalhamos, mas fazemos da atividade laboral momentos de prazer e incríveis aprendizados, vocês também fazem parte da minha vitória como me sinto fazendo parte das suas.

À Josevânia, amigas a 10 anos, o tempo que estou em João Pessoa, com quem não apenas convivi no doutorado e mestrado, mas durante toda a graduação, obrigada pela determinação, força de vontade e entusiasmo que apresenta perante a vida, não se permitindo paralisar frente às adversidades, mas utilizá-las para formar seu caráter e fortalecer seus sonhos. Aprendo cada vez mais contigo e me espelho em seu exemplo de pessoa e seu caráter.

A Francisca Marina, a minha amiga Mari, mulher forte e dedicada, apaixonada pela saúde pública, romântica e alegre, a qual me faz rir com suas canções e brincadeiras, mas que também me faz refletir sobre os alvos que pretendemos alcançar e como devemos ter perseverança em frente às batalhas e circunstâncias desafiadoras da vida.

Aos meus queridos pimpolhos, que estive próxima no ano de 2012, Michael, Amanda, Jéssica, Hanna e Debora, como me orgulho de vocês, pela dedicação a iniciação científica, pelo prazer em aprender, pelo silêncio e as dúvidas, que nos possibilitou angariar conhecimentos e ter frutos nas produções acadêmicas, parabéns e sei que é apenas o início da caminhada de cada um, crendo que o esforço e sucesso serão os seus companheiros no caminho que escolherem para si.

A minha cunhada Janaíra pelo carinho e amizade, que durante muitos momentos escutou e compreendeu as minhas ausências em diversas circunstâncias. Sei que é muito complicado para os amigos e família que não estão dentro do universo acadêmico suportar e conviver em meio ao stress que nos rodeia, agradeço a vocês e a todos que muitas vezes mesmo não entendendo as minhas crises me apoiaram e estiveram comigo em minhas lutas.

SUMÁRIO

Lista de Tabela.....	04
Lista de Figuras	06
Lista de Abreviações.....	07
Resumo	08
Abstract	09
Apresentação.....	10
Objetivos.....	16
Hipóteses.....	16

PARTE I – MARCO TEÓRICO

1. Capítulo I –Sexualidade e Adolescentes Jovens: Uma abordagem Psicossocial

1.1 A história da Sexualidade	19
1.2 Adolescentes jovens e a Construção do Gênero	31
1.3 Vulnerabilidades à DST, HIV e Gravidez na Adolescência/Juventude.....	45

2. Capítulo II – Referencial Teórico

2.1 Teoria da Vulnerabilidade.....	52
2.1.1 Vulnerabilidade e direitos humanos: uma perspectiva na Intersubjetividade ...	60
2.2 Atitudes: Conceito e Construção Histórica.....	69
2.2.1 Atitudes e Comportamento.....	73
2.2.2 Mudanças de Atitudes	79
2.2.3 Comunicação Persuasiva.....	83
2.2.3.1 O modelo de Probabilidade e de Elaboração de Persuasão	85
2.2.3.2 Modelo Heurístico- Sistemático	87
2.2.4 Da Teoria da Ação Racional à Teoria do Comportamento Planejado.....	90

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

3. Capítulo III – Estudo I. Construção do Instrumento de Pré e Pós – teste

3.1 Fundamentação Teórica	97
3.2 Método	99
3.2.1 Delineamento e Hipóteses	99
3.2.2 Procedimentos Teóricos (Construção dos Itens).....	100

3.2.3 Procedimento Experimental (Aplicação do Instrumento)	102
3.2.3.1 Seleção da Amostra/Participantes	102
3.2.3.2 Procedimentos.....	105
3.2.3.3 Análise dos Dados	106
3.3 Resultados	106
3.3.1 Validação do Instrumento	106

4. Capítulo IV – Estudo II. Construção da Estratégia da Intervenção Psicoeducativa

4.1 Fundamentação Teórica	114
4.2 Método	115
4.2.1 Bases Teóricas da Construção da Intervenção Psicoeducativa	115
4.2.2 Planejamento da Intervenção Psicoeducativa.....	116
4.3 Validação da Intervenção Psicoeducativa: estudo piloto	118
4.3.1 Amostra/Participantes	118
4.3.2 Procedimentos	119
4.3.3 Análise dos Dados	120
4.3.4 Resultados e Conclusões	120
4.3.4.1 Primeiro dia da Intervenção.....	120
4.3.4.2 Segundo dia da Intervenção.....	122
4.3.4.3 Terceiro dia da Intervenção	125

5. Capítulo V: Estudo III. Avaliação da Intervenção Psicoeducativa

5.1 Introdução	129
5.2 Método	129
5.2.1 Delineamento.....	129
5.2.2 Amostra	130
5.2.3 Instrumentos	130
5.2.4 Coletas de Dados	131
5.2.5 Análise dos Dados	133
5.3 Resultados e Discussões.....	135
5.3.1 Perfil da Amostra e Equivalência entre o Grupo Experimental e Controle	135
5.3.2 Análise da Intervenção	136
5.3.2.1 Percepção de Vulnerabilidade Social	143
5.3.2.2 Percepção de Vulnerabilidade Programática	153

5.3.2.2 Percepção de Vulnerabilidade Individual.....	159
--	-----

6. Capítulo VI. Considerações Finais: Resignificação

6.1 Resignificação	175
6.2 Considerações	180

7. Capítulo VII. Referências Bibliográficas

7.1 Referências	183
-----------------------	-----

Anexo

Apêndice

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade	59
Tabela 2 – Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensão individual, social e programática	68
Tabela 3 – Procedimentos utilizados para a validação do instrumento	99
Tabela 4 – Fatores da Escala	101
Tabela 5 – Regiões Geográficas do Município de João Pessoa	103
Tabela 6 – Unidade Amostral e Método de Seleção por Estágio	103
Tabela 7 – Estrutura Fatorial da escala.....	109
Tabela 8 – Renumeração da Versão Final da Escala Percepção frente à Vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens.....	112
Tabela 9 – Fatores a serem abordados nas intervenções	116
Tabela 10 – Classe temática e discursos referentes à avaliação das Atividades do Primeiro dia da Intervenção Psicoeducativa.....	120
Tabela 11 – Classe temática e discursos referentes á avaliação das Atividades do Segundo dia da Intervenção Psicoeducativa.....	123
Tabela 12 – Classe temática e discursos referentes á avaliação das Atividades do Terceiro dia da Intervenção Psicoeducativa.....	125
Tabela 13 – Participantes segundo o grupo amostral e o grupo controle no pré-teste	130
Tabela 14 – Participantes segundo o grupo amostral e grupo controle no pós-teste.....	133
Tabela 15 – Características sócia demográficas da Amostra segundo o grupo Experimental e o Controle	135
Tabela 16 – Análise da equivalência do grupo controle e experimental a intervenção, a partir do pré-teste	136
Tabelas 17 – Médias dos fatores da Escala de Percepção frente à Vulnerabilidade no pré-teste e pós-teste	136
Tabela 18 – Comparação entre o grupo controle e o grupo experimental após a intervenção	137
Tabela 19 – Comparação entre grupo controle e o grupo experimental após a intervenção .	138
Tabela 20 – Comparação dos resultados do pré-teste e pós-teste entre os sexos	138
Tabela 21 – Comparação dos resultados do pré-teste e pós-teste entre as instituições	139
Tabela 22 – Itens referentes ao Fator Vulnerabilidade Social da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens.....	144
Tabela 23 – Itens referentes ao Fator Vulnerabilidade Programática da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens	154

Tabela 24 – Itens referentes ao Fator Vulnerabilidade Individual da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens 160

Lista de Figuras

Figura 1 – Representação da Teoria da Ação Racional.....	91
Figura 2 – Representação da Teoria do Comportamento Planejado	94
Figura 3 – Parte do Organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos teóricos	97
Figura 4 – Parte do Organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos Experimentais e Analíticos	98
Figura 5 – Dispersão dos componentes no Scree test.....	109
Figura 6 – Conteúdo e o modelo da Aplicação da Intervenção e resultados esperados	118
Figura 7 – Classes Temáticas, Categorias e Subcategorias de Análise dos Conteúdos emergentes das Intervenções	141
Figura 8 – Representação dos resultados da Intervenção no Grupo Experimental	142

Lista de Abreviações

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DP – Desvio Padrão

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HDN - historia natural da doença

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

M – Média

Mnd – Mediana

NP - Níveis de Prevenção

NPS - Nova Promoção de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCAP - Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira

PS - Promoção de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Questões socioculturais e econômicas aumentam a vulnerabilidade dos jovens à infecção pelas DSTs/HIV e ao risco de uma gravidez não planejada, devendo ser abordados nas estratégias de prevenção, tendo em vista que a educação se desenvolve em espaços formais e não formais desde que haja interação entre as pessoas e saberes. Partindo destes pressupostos, este estudo está fundamentado na teoria da Vulnerabilidade e na teoria do Comportamento Planejado, tendo como objetivo elaborar e verificar os efeitos da aplicação de uma estratégia de intervenção psicoeducativa para a prevenção das DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens, enfocando de modo abrangente e integrado os aspectos da vulnerabilidade individual, social e programático. Trata-se de um estudo com delineamento quase-experimental com grupo de controle, que se divide em 03 estudos: (1) Construção e Validação de um instrumento de avaliação da percepção de vulnerabilidade adolescente jovem para uso no pré e pós-teste. (2) Construção de uma estratégia de intervenção psicoeducativa. (3) Aplicação e avaliação da intervenção psicoeducativa. A população do estudo é constituída por jovens de 14 a 24 anos, matriculados em escolas públicas e privada de ensino médio da cidade de João Pessoa. Para o primeiro estudo, a amostra foi constituída por 432 estudantes, no qual foi aplicada a escala de Percepção frente à Vulnerabilidade. A escala foi construída através das bases teóricas da teoria da Vulnerabilidade e os seus itens foram delineados a partir de estudo anterior. A partir da Análise Fatorial dos Componentes Principais e o alpha de Crombach, obteve-se um instrumento com 29 itens, dividido em três fatores de vulnerabilidade – individual, social e programático -, confirmando os pressupostos teóricos e evidências empíricas. No segundo estudo foi construída uma intervenção psicoeducativa nos moldes de oficinas, com base na Teoria da Vulnerabilidade e Teoria do comportamento Planejado. A intervenção resultou em três encontros em dias consecutivos no qual foram discutidas a iniciação sexual, as ideologias de gênero, negociação e uso do preservativo, DST e gravidez, crenças e normas sociais. Para análise dos resultados foram gravados os 15 minutos finais de cada dia, no qual foi discutida a percepção dos participantes sobre a intervenção, transcritos e analisados por categorização temática. Os dados demonstraram sua adequação ao público alvo. O terceiro estudo ocorreu em quatro instituições escolares – pública e privada, onde foram formados randomicamente dois grupos (experimental e controle), compostos em média por 10 alunos, equiparados em relação a sexo. Após a aplicação do pré-teste, o grupo experimental participou da oficina psicoeducativa, enquanto para o grupo controle foram realizadas palestras informativas. Os debates realizados no grupo experimental foram gravados (autorização dos participantes). Passados 4 meses da intervenção, foi aplicado o pós-teste, cuja eficácia foi verificada através do test t para amostras emparelhadas. Para os dados qualitativos referentes aos relatos dos participantes durante o processo de Intervenção Psicoeducativa, foi utilizada Análise Categórica Temática. Os resultados provenientes do grupo experimental e controle demonstraram que a intervenção psicoeducativa se mostrou eficaz na mudança da percepção de vulnerabilidade individual ($p < 0,05$), decréscimo no primeiro e aumento no segundo grupo. No que tange os dados qualitativos emergiram quatro Classes Temáticas: Vulnerabilidade Social (Crenças Normativas); Vulnerabilidade Programática (Acesso ao Insumo); Vulnerabilidade Individual (Uso do Preservativo, Crenças de Gênero e Informação); e Ressignificação após Intervenção (Autopercepção e Autocuidado). Conclui-se, portanto, que a presente pesquisa alcançou o objetivo proposto, demonstrando a necessidade de intervenções que priorize as relações intersubjetivas, o que possibilita a construção de sujeito-cidadão.

Palavras-Chave: Vulnerabilidade; Atitudes; DST/HIV, Adolescentes Jovens; Gravidez não planejada.

ABSTRACT

Socio-cultural and economic questions have increased young people's vulnerability to STD/HIV and unplanned pregnancy. Given that education is developed among formal and informal spaces through interaction between people and knowledge, preventive strategies should be developed. Taking these assumptions, this study is based on the Theory of Vulnerability and Theory Planned Behaviour. It aims at elaborating and assessing the effects of a psychological and educational intervention strategy implementation to prevent STD and unplanned pregnancy amongst young adolescents; moreover it focuses on the individual, social and programmatic elements of vulnerability. This study is based on a quasi-experimental design with control group, which is divided into 03 studies: (1) Construction and Validation of an instrument to assess young adolescent's perception of vulnerability in order to be used in the pre and post-test. (2) Construction of a psychological and educational intervention strategy. (3) Implementation and evaluation of the psychological and educational intervention. The sample comprises of young people between 14 and 24 years old, enrolled in public or private high schools from the city of João Pessoa. For the first study, the Vulnerability Perception Scale was applied to a sample of 432 students. The scale was elaborated based on the Theory of Vulnerability and its items were designed from previous study. An instrument with 29 items was obtained from the Principal Components Factor Analysis and Cronbach's alpha. This instrument comprised of three factors of vulnerability – individual, social, and programmatic – confirming theoretical assumptions and empirical evidence. In the second study, a psychological and educational intervention (workshops) based on the Theory of Vulnerability and Theory of Planned Behaviour was designed. The intervention encompassed three consecutive days of meetings in which themes such as sexual initiation, gender ideologies, negotiation and use of condoms, STD and pregnancy, beliefs and social norms were discussed. The last 15 minutes of each meeting, where participants discussed about the intervention, were recorded, transcribed and analysed by thematic coding in order to be analyzed. Data showed its adequacy to the target group. The third study took place in four schools (public and private), where two randomly groups (experimental and control) with 10 students each one from both sexes were set up. After the pre-test implementation, the experimental group participated of psychological and educational workshop, while informative lectures were given to the control group. Discussions in the experimental group were recorded (previous consent). After 4 months since the intervention, the post-test were applied, and its efficacy was verified through the pared sample t-test. Thematic Analysis was applied to the participants' reports on the psychological and educational intervention process. Results from experimental and control groups showed that the psychological and educational intervention was efficient to change participants' perception of individual vulnerability ($p < 0,05$), a decrease in the former and increase in the latter group. Concerning qualitative data, four thematic codes emerged: Social Vulnerability (Normative Beliefs); Programmatic Vulnerability (Access to Input); Individual Vulnerability (Use of Condom, Gender Beliefs and Information); Redefinition after Intervention (Self-perception and Self-care). Therefore, it is concluded that this research achieved its purposes, revealing the need for interventions that prioritize inter-subjective relations, which might facilitate citizenship.

Keywords: Vulnerability; Attitudes; STD/HIV, Young Adolescents; Unplanned pregnancy.

Apresentação

A legislação brasileira considera adolescente a população que se encontra na faixa etária entre 12 a 18 anos, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) concebe como jovens as pessoas entre 10 e 24 anos de idade, significação esta tomada como base pelo Ministério da Saúde para a definição do público beneficiário das campanhas preventivas (Brasil, 2010). Seguindo esta perspectiva, este estudo compreende que a adolescência integra a juventude, mas esta é mais ampla, não se limitando a uma etapa cronológica da vida e não podendo ser definida por uma simples limitação etária, mas como um processo vivido distintamente pelas pessoas em busca de autonomia e estabelecimento de um projeto de vida individual (Brasil, 2010).

Contudo, como diferenciar adolescência e juventude tendo em vista que estes conceitos se entrelaçam e se camuflam e que a literatura não apresenta uma definição ou conceituação unânime que possam identificá-los como fases independentes? Virella e Doreto (2006) apresentam três abordagens explicativas: (1) a adolescência e a juventude se diferenciam por recortes etários, tendo como base a OMS (2010): *adolescentes* seriam pessoas entre 10 a 20 anos, enquanto os *jovens* teriam entre 12 e 24 anos, havendo, portanto, uma importante interseção entre os dois grupos; (2) a diferenciação estaria no sentido, enquanto adolescência descreve o período etário a juventude adentraria no sentido geracional; (3) a juventude tem um sentido coletivo que remete a um segmento populacional de uma sociedade, ao passo que a adolescência está mais relacionada ao plano individual, demarcado cronologicamente.

Devido à intercessão existente tanto no conceito como na faixa etária que demarcam a adolescência e juventude e a falta de critérios para delimitar seus grupos populacionais, optou-se pelo uso do termo “adolescentes jovens”, englobando assim a faixa etária dos estudantes que ainda estão no ensino médio, variando entre 14 e 24 anos. Contudo, não se

pretende com isso demarcar a adolescência e juventude a partir da faixa etária, a exemplo da maioria dos conceitos existentes, visto que se reconhecem as características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nesta época (Eisenstein, 2005). Desse modo, para analisar a prática sexual desta população é importante considerar como cada um se situa em relação a si mesmo e à sua capacidade de responder pelos seus atos, tendo por referência os diferentes sentidos sociais atribuídos à adolescência e à juventude.

Os adolescentes jovens são frequentemente considerados como o grupo etário mais saudável dentre a população global. Contudo, isso não significa que por vezes não sejam confrontados com problemas de saúde, a maioria dos quais associados ao seu comportamento, à sua relação com o meio e às mudanças sociais pelas quais vão passando (Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000). Dada à vulnerabilidade do adolescente jovem que se encontra num processo de construção da sua identidade pessoal, e de emancipação face à família, com a crescente importância do grupo de pares, não é difícil esperar alguns comportamentos de risco para a saúde, dentre os quais a vulnerabilidade às DSTs/HIV (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana) e Gravidez não Planejada.

Em estudo desenvolvido com adolescentes jovens na cidade de João Pessoa, foi observado por Saldanha, Carvalho, Diniz, Freitas, Felix e Silva (2008), que os comportamentos que envolvem sua prática sexual, como a iniciação sexual precoce geralmente com parceiros mais velhos, a multiplicidade de parceiros, a ausência de preservativo nas relações sexuais, apontados como fatores de risco, não se limitam ao indivíduo, estando inseridos em um contexto maior, por sistemas construídos sóciohistoricamente e influenciados por um sistema de gênero desigual que demarca as esferas masculinas e femininas.

Os determinantes de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada foram levantadas por Ribeiro (2010), em um estudo utilizando grupos de discussão, realizado com 8.741 adolescentes no Estado da Paraíba, no qual emergiram três categorias. A primeira denominada Prática Sexual (Iniciação Sexual e Fatores Determinantes); a segunda denominada Prevenção (Uso de Preservativo e Métodos Anticoncepcionais); e a terceira Vulnerabilidade à AIDS (Percepção de Vulnerabilidade e Informações). Observou-se que os comportamentos preventivos, mesmo conhecidos pelos adolescentes, não são praticados na maioria das situações (vulnerabilidade individual), sendo agravados pela desigualdade de renda e gênero que interferem tanto na aquisição de informações, como na tomada de decisão para a prevenção da Aids, com destaque aos papéis masculinos e femininos estabelecidos culturalmente que interferem substancialmente nas decisões sobre prevenção do HIV/Aids escolhidas pelos indivíduos (vulnerabilidade social). Associada a estas vulnerabilidades, está à dificuldade de acesso aos preservativos, aos serviços de saúde e à ineficácia de campanhas preventivas, principalmente no contexto escolar (vulnerabilidade programática ou institucional).

Segundo a OMS (2010), em 2008, a população dos 15 aos 24 anos representou 40% dos casos de novas infecções pelo HIV no mundo inteiro. Diariamente, 2.500 jovens se infectam com o vírus, e globalmente mais de 5,7 milhões estão infectados. Segundo esta mesma organização, esta população deveria saber como se proteger e ter os meios para fazê-lo. No entanto, apenas 30% dos homens e 19% das mulheres nesta faixa etária detêm o conhecimento correto para se proteger contra o HIV/Aids. Se questões sociais, culturais e econômicas aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes jovens à infecção pelo HIV, esses fatores devem ser abordados nas estratégias de prevenção.

Ações preventivas de HIV/Aids, orientadas à superação dos limites das intervenções de corte comportamentalista, incorporando preocupações com os determinantes socioculturais

desses comportamentos, constituem uma necessidade e, ao mesmo tempo, uma lacuna (Ayres, França-Júnior, Calazans & Saletti-Filho, 2003). As propostas de prevenção da Aids entre adolescentes jovens podem ser agrupadas em dois blocos: um centrado na transmissão da informação, visando essencialmente à modificação de comportamentos de risco; e outra, mais recente, enfatizando as condições culturais, econômicas, políticas e morais que são anteriores aos comportamentos de risco, buscando produzir uma resposta social capaz de transformar os contextos favorecedores de tais comportamentos (Fonseca, 2002).

Entretanto, ambas as propostas são baseadas na responsabilidade individual, trabalhando com a ideia de que a prevenção de doenças pode ser conseguida através da persuasão dos indivíduos para a adoção de modos de vida mais saudáveis a partir da prescrição dos profissionais da saúde. Tais pressupostos têm sido duplamente criticados, primeiro porque instituem uma hegemonia médica na definição de um estilo de vida saudável e, segundo, porque são embasados na ideologia do individualismo, entendendo que viver desta ou daquela maneira é uma questão de escolha pessoal (Ayres, 2003).

As críticas ao individualismo na educação em saúde têm resultado numa busca de alternativas que considerem a complexidade dos comportamentos humanos e a influência de fatores socioambientais nos estilos de vida, como questões culturais e valorativas, as normas que definem os scripts sociais de comportamentos e práticas vinculados aos gêneros e o que é considerado por este contexto definidor do desejo e a forma com que o mesmo é vivenciado. A ampliação do foco implica mudanças metodológicas para a educação em saúde, as quais devem evoluir das tradicionais técnicas de persuasão para métodos de conscientização – também chamados de radicais, centrados no aumento da consciência crítica. Indivíduos conscientes percebem os porquês dos seus comportamentos e tem o poder de decidir a trajetória dos mesmos, deverão ser capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal,

como também em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde (Santos & Oliveira, 2006).

Frente a esta proposta, a educação se desenvolve em espaços formais e não formais desde que haja interação entre as pessoas e saberes. Portanto, é imprescindível buscar práticas educativas que possibilitem o desenvolvimento da autonomia, da realização e da felicidade dos indivíduos, entendendo aqui que trabalhar nesta perspectiva significa assumir uma postura relativista, não de “fazer o que é bom para o outro”, mas “compreender com o outro o que é bom a fazer”, o que possibilita construir com o outro um solo comum, uma compreensão mútua que leve não necessariamente à concordância, mas a possibilidade de compartilhamento dos significados e implicações práticas das decisões tomadas e um posicionamento claro frente a elas (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012, p. 17). Neste sentido a Educação Sexual deve estar plenamente conectada com o contexto social, emocional e afetivo, o que caracteriza a grande dificuldade dos educadores que trabalham com os adolescentes jovens, pois além do domínio cognitivo é necessário que esta população desenvolva suas inteligências (Emocional, Social, Afetiva e sexual), visando ampliar a capacidade de conhecer e se relacionar consigo mesmo e com o outro (Soares, Amaral, Silva & Silva, 2008).

Neste sentido, uma intervenção psicoeducativa que discuta a temática possibilitando a reflexão, no qual o participante possa vivenciar seus processos criadores, abrangendo as categorias emocional, cognitivo e cultural, possivelmente poderá proporcionar melhor compreensão do mundo, pois, ao enriquecer a sua autoexpressão, o jovem sentir-se-á livre para explorar e pesquisar alternativas, podendo construir e estabelecer novas relações com o meio ambiente (Teixeira, 1990). Neste sentido, as oficinas interventivas podem propiciar um ambiente favorável para discussão de mudanças de atitude pelos adolescentes jovens por meio

da informação, reflexão e expressão de ideias e sentimentos, representando um processo a ser complementado pela família, escola e políticas sociais locais.

Partindo destes pressupostos, este estudo será fundamentado na teoria da Vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Jr, 2012) e na teoria das Atitudes (Ajzen, 2001; Fazio, 2007), enfocando a teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1991). Parte-se da lógica da vulnerabilidade, ao buscar produzir essas sínteses com todas as especificidades da diversidade e complexidade das situações de suscetibilidade coletiva, ao basear-se, para isso, em enfoques necessariamente interdisciplinares e intersetoriais e ao articular em suas construções conceituais elementos estritamente técnicos a outros radicalmente sociais e políticos. Tende-se, assim, a colaborar para que os elementos sociais, econômicos, culturais, políticos e éticos da prevenção passem do pano de fundo a que os relega os enfoques comportamentalistas radicais para o plano das ações concretas, sendo eles próprios objetos de intervenção.

Trabalhando neste enfoque e compreendendo que existe um consenso de que a atitude representa uma avaliação sumária de um objeto psicológico (Ajzen, 2001), ou seja, indicam certa quantidade de afeto em direção ao objeto em questão que levam a uma predisposição à ação. Assim, para formar novas atitudes ou para modificar atitudes já existentes, as intervenções passariam, necessariamente, pela reconfiguração das crenças. Neste sentido, o presente estudo pretendeu elaborar e verificar os efeitos de um programa de intervenção preventiva para DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens no contexto escolar.

Experiências práticas de utilização dessas referências no desenvolvimento de ações preventivas no ambiente escolar são ainda relativamente recentes e a literatura sobre seus resultados, escassa. É no sentido de contribuir para o preenchimento dessa lacuna que se insere a presente pesquisa.

Objetivos

O presente estudo teve como Objetivo Geral elaborar e verificar os efeitos da aplicação de uma estratégia de intervenção psicoeducativa para a prevenção das DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens, enfocando de modo abrangente e integrado os aspectos da vulnerabilidade individual, social e programático.

Para tanto, partindo de um delineamento pré-experimental com grupo controle, teve como objetivos específicos:

- Determinar os fatores de vulnerabilidade entre adolescentes jovens;
- Construir uma escala acerca das Percepções frente às Vulnerabilidades Adolescente Jovem às DST e Gravidez não- planejada;
- Validar e verificar a confiabilidade do instrumento;
- Elaborar uma estratégia de intervenção psicoeducativa de prevenção ao HIV e gravidez não planejada;
- Avaliar a estratégia de intervenção psicoeducativa e prevenção do HIV e gravidez não planejada;

Hipóteses

Frente a este objetivo têm-se como hipóteses a serem investigadas:

H₀ – O grupo experimental e o grupo controle não apresentam nenhuma diferença significativa após a intervenção psicoeducativa;

H₁ – O grupo experimental apresentará um menor escore na escala de percepção frente à vulnerabilidade comparada ao grupo controle, após a intervenção psicoeducativa;

H₂ – O grupo controle apresentará um maior escore na escala de percepção frente à vulnerabilidade comparada ao grupo controle, após a intervenção psicoeducativa;

Tendo como base as perspectivas e argumentos apresentados e pretendendo alcançar os objetivos expostos a presente tese esta dividida em duas partes e seis capítulos. A primeira parte se refere ao Marco Teórico, o qual é composto por dois capítulos: O primeiro intitula-se Sexualidade e Adolescente Jovem: Uma Abordagem Psicossocial e o Segundo Capítulo referencia as bases teóricas – Teoria da Vulnerabilidade e das Atitudes.

A segunda parte da Tese dá destaque a três estudos, cada um demarcando um capítulo, e o ultimo capítulo apresenta conclusões e reflexões sobre os dados analisados:

1ª Estudo - Construção e Validação de um instrumento de avaliação da Percepção frente à vulnerabilidade adolescente/jovem para uso no pré e pós-teste.

2ª Estudo – Construção de uma estratégia de intervenção psicoeducativa.

3ª Estudo - Aplicação e avaliação da intervenção psicoeducativa.

PARTE I – MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I **SEXUALIDADE E ADOLESCENTES JOVENS:** **UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL**

1.1 A história da Sexualidade

O termo sexualidade, criado no século XIX, representa um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente legitimados na história da humanidade. Mais do que pertinente à atividade sexual e sua dimensão biológica, ele diz respeito a uma dimensão íntima e relacional, que compõe a subjetividade das pessoas, o que pode ser definido como o ethos privado, o qual abarca todos os valores, sentimentos e comportamentos relacionados ao prazer corporal, à satisfação moral, à reprodução sexual e conjugabilidade (Duarte, 2005; Heilborn, 1998). Corroborando com essa visão, Mandu (2001) ressalta que a sexualidade aborda aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais relativos à percepção e controle do corpo, ao exercício do prazer/ desprazer, valores e comportamentos em processos afetivos e sexuais, que busca sua maior afirmação na adolescência/juventude enquanto que a reprodução humana é tida como uma dimensão referente ao processo biológico e psicossocial de geração de novos seres, regulação da fecundidade, valorização dessas experiências.

Reconhecer a sexualidade como construção social, segundo Figueiredo (1998), é referenciar que as práticas e desejos são também construídos culturalmente, dependendo da diversidade de povos, crenças e costumes existentes; mesmo quando integrados em um só país, como ocorre no Brasil. Isso envolve a necessidade de questionamento de ideias presentes na mídia, em condutas idealizadas, que são *naturalizadas*, e, assim, generalizadas para todos os grupos sociais, independentemente de suas procedências e localização.

Neste processo, como forma de compreender a atuação dos indivíduos frente a sua sexualidade utiliza-se o pressuposto marxista, ao afirmar que ao estudar uma sociedade ou contexto histórico, deve-se ter em conta que é a matéria, as condições de vida real, tanto aquelas já encontradas, como as produzidas pela sua própria ação, que determina a consciência - ou o pensamento (Marx & Engels, 2007). Assim ao se observar o percurso histórico que fomentou os significados da sexualidade e suas práticas, as descritas e

postuladas como normais, pode-se abarcar seu conceito na base ideológica. Em uma concepção crítica, ideologia pode ser considerado um instrumento de dominação que age por meio de convencimento (persuasão ou dissuasão, mas não por meio da força física) de forma prescritiva, alienando a consciência humana (Sell, 2009).

O modo como a sociedade expressa sua sexualidade é uma resultante direta de sua estrutura e ideologia, que determina a forma que concebe o comportamento feminino, o qual também está intimamente associado ao modo pelo qual expressa a masculinidade. Neste quadro se insere as concepções sobre relações sexuais fora do casamento, homossexualidade ou masturbação, até mesmo restrições sexuais e as relações entre sexualidade e pecado/condenação usados para reforçar uma identidade religiosa. Assim, duas faces compõem a personagem do indivíduo moderno: uma delas refere-se à sua constituição como sujeito político, livre, autônomo, portador de direitos de cidadania; a outra alude à sua fabricação subjetiva, por múltiplos dispositivos disciplinares, que tornam as experiências do gênero e da sexualidade centrais para a constituição das identidades. Ressalte-se que tal concepção de sujeito é originária de uma determinada percepção cultural, temporal e historicamente marcada, que se dilata nas diferentes sociedades de modo também desigual, fazendo com que este indivíduo passe a naturalizar e conceber como normal e pertinente sua conduta, não percebendo o caráter normativo e ideológico do mesmo (Heilborn & Brandão, 1999).

Partindo desta ótica social, em uma trajetória histórica, que irá fomentar e constituir a identidade do indivíduo e suas condutas sexuais, observa-se que o discurso sobre a sexualidade representou para cada período uma referência singular. Nos primórdios da civilização, segundo Engels (1974), as atividades sexuais eram livres entre homens e mulheres, os filhos descendiam da linhagem materna e os grupos familiares formavam os clãs. Com o acúmulo de riquezas desses grupos e as propriedades privadas, o relacionamento

sexual passou a ser atividade exercida por um casal, para que seus filhos legítimos pudessem herdar os bens desse clã. Os casamentos foram se tornando monogâmicos e as famílias se organizaram dentro do sistema patriarcal, com linhagem sanguínea paterna. Nessa forma de organização familiar, o sexo passa a ter como objetivo a reprodução; as mulheres se tornam submissas aos maridos, a quem se mantém fiéis sexualmente; o mesmo não ocorre com os homens que podiam manter atividades sexuais fora do casamento (Cano, Ferriane & Gomes, 2000).

As regras, no que tange a sexualidade, foram surgindo como mitos e tabus para estabelecer limites ao sexo, pois era dado um maior destaque a função reprodutiva, principalmente porque na época em que surgiram, a sobrevivência do ser humano girava em torno dos 30 anos e havia necessidade de homens para as guerras, lavouras e trabalho. Neste foco, procurava-se preservar a espécie, proibindo, portanto, qualquer prática ou junção que não visasse à mesma. Um exemplo era o tabu do incesto, cuja finalidade era evitar a mistura de material genético de pessoas consanguíneas, o que poderia acarretar uma deterioração da espécie. Por outro lado, os tabus e mitos a respeito da masturbação, sexo anal e homossexualidade originaram-se exatamente por não se tratarem de atividades procriativas (Gauderer, 1994).

Observa-se, portanto a inserção das normas sociais nas práticas sexuais, fato existente nas culturas humanas. Um exemplo desta dimensão é apresentado entre o povo grego, um dos berços da civilização moderna, no qual vigorava uma diferenciação segundo o gênero e formas prescritas de atuação sexual. A função reprodutiva também era a mais importante no casamento, uma vez que havia necessidade de homens para as infindáveis guerras de conquistas de novos territórios. As mulheres eram educadas para as tarefas domésticas e preparadas para o casamento logo após as primeiras menstruações, geralmente com homens mais velhos. Os homens, ao contrário, eram desestimulados ao casamento antes dos 21 anos,

neste universo a masturbação era condenada, pois se acreditava que a mesma provocava enfraquecimento e perda de energia. No entanto, a homossexualidade era estimulada, mas somente com os mestres responsáveis pelo desenvolvimento moral e intelectual dos jovens aprendizes, até que estes terminassem seus estudos. Os romanos assimilaram grande parte da cultura grega e a riqueza do vasto império dos césares permitia festas suntuosas para a elite dominante, onde o prazer sexual era apenas parcialmente restrito (Foucault, 2010).

Entretanto, o povo hebreu foi uma das culturas que mais influenciaram as práticas sexuais da sociedade ocidental, deles foram herdados os princípios morais, legais e religiosos. Os hebreus adotavam a forma patriarcal de casamento e o consideravam de cunho divino, nesta visão era exigido que a mulher se mantivesse virgem até o casamento e a castidade era exaltada. Dentro da concepção religiosa, a sexualidade é saturada de tabus que afetam a maneira de se encarar a mesma, e o primeiro deles refere-se ao pecado, a partir do qual, tudo o que diz respeito ao relacionamento sexual está ligado a um sentimento de vergonha (Cabral, 1995).

De certa forma, segundo Costa (1986), as normas, os valores cristãos e as necessidades do Estado foram enquadrando a sexualidade, principalmente a partir do final do século XVI e início do século XVII, quando se inicia o processo de modernização da sociedade e a ascensão da burguesia, aliando as influências e domínio da Igreja e dos moralistas no controle da vida social. Neste período, com a evolução da pastoral católica e do sacramento da confissão, a partir do Concílio de Trento, atribuiu-se cada vez mais importância à penitência a todas as insinuações da carne: pensamentos, desejos, imaginações voluptuosas, deleites, movimentos simultâneos da alma e do corpo, tudo isso entrou em detalhe no jogo da confissão e da direção espiritual. Neste processo se vincula a ideia do ascetismo, doutrina religiosa que se baseia no desprezo do corpo e das sensações corporais e que por meio de

orações, estudos, meditações, mortificações, confissões e penitências, tende a assegurar o triunfo do espírito sobre os instintos e as paixões (Foucault, 2010).

A pastoral cristã inscreveu como dever fundamental, a tarefa de fazer passar tudo o que se relaciona com o sexo pelo crivo interminável da palavra, como também a interdição de certas palavras, a decência das expressões, todas as censuras do vocabulário poderiam muito bem ser apenas dispositivos secundários com relação a essa grande sujeição: maneiras de torná-la moralmente aceitável e tecnicamente útil. Neste processo, todos os fatores e relacionamentos ditos “carnais” se inscrevem na ótica do pecado e do interdito, cabe a todos os cristãos vigiar cada pensamento e comportamento inserido nesta prática. A explosão discursiva sobre sexo veio acompanhada de uma depuração do vocabulário sobre sexo autorizado, assim como de uma definição de onde e de quando podia se falar dele. Regiões de silêncio e discrição foram estabelecidas entre pais e filhos, educadores e alunos, patrões e serviçais, procurou se vigiar as crianças e os jovens, observando literalmente suas práticas (Foucault, 2010).

Neste período, século XVI e XVII, as relações sexuais e os sentimentos amorosos vinculados às paixões carnis, não eram perseguidos apenas pelo estado e a Igreja, eles passam a ser combatidos também por uma antiga ciência: a medicina, que ao oferecer vários argumentos físicos contra o amor e as relações sexuais, descritas como impróprias (sem fins de procriação), não considera um pecado, como faz a Igreja, mas uma doença. O amor excessivo é ruim para a saúde e a luxúria um desarranjo fisiológico. Tudo começa com a crença, corrente na Idade Moderna, de que o comportamento dos indivíduos é determinado pela quantidade e qualidade do calor em de seus corpos. Tal calor não provém do fígado ou do cérebro, mas do coração. Subjetividade e coração – o órgão – é uma só coisa. Dessa perspectiva, os indivíduos derivam sua identidade das paixões de seu coração. Um coração em mau estado não podia dar em boa coisa (Priore, 2011).

Acredita-se também que o desequilíbrio ou a corrupções dos humores, graças à secreção da bile negra¹, explicasse uma desatinada erotização. Dela provinham os piores crimes, os mais violentos envolvimento afetivos e os mais desumanos dos atos. Apesar da educação, do medo de castigo, a razão não conseguia, na maioria das vezes, controlar o calor proveniente do coração. E os pacientes, cometidos desta doença, eram dados aos excessos, como erotismo desenfreado, relações sexuais anormais e comportamentos maliciosos. Estas crenças consolidavam a ideia do amor como enfermidade, doença e risco. Amar é se entregar a morte e viver fora da racionalidade (Priore, 2011; Stearns, 2010).

A partir do século XVIII, na Europa, como aponta Giddens (1993), o amor recebe outra conotação, a do amor romântico, que vincula a ideia de liberdade para a busca do parceiro ideal, considerado um aspecto desejável no matrimônio. O amor romântico, juntamente com outras mudanças sociais, afetam a visão sobre o casamento até então e suscita a questão de compartilhar, de intimidade do casal e ajuda a separar o relacionamento destes outros aspectos da organização familiar. O sexo se une ao amor e começa a fazer parte do casamento, dada à possibilidade de escolha do parceiro. Durante muitas décadas, o amor romântico manteve-se associado ao casamento e à maternidade, reforçando a ideia de que o verdadeiro amor uma vez encontrado é para sempre, nesta construção amar é confiar, disponibilizar sua vida em função da felicidade do Outro (Lima, 2003).

Assim, observa-se que ao mesmo tempo em que o indivíduo é constituído por um corpo biológico, vive atormentado por impulsos e desejos, e a partir dos mesmos ele vai se constituindo na relação com os outros sujeitos que também apresentam estas características. As formas de expressar a sexualidade estão relacionadas com esta realidade. Várias influências e fatores determinam a maneira como se expressa o desejo humano, este se caracteriza por sua multiplicidade de formas. Em cada indivíduo, há uma plasticidade desse

¹**Bile Negra:** Hipócrates, séc. IV A.C, era defensor de que os quatro humores, a bílis negra, bílis amarela, sangue e fleuma, em desequilíbrio seriam causa de todas as doenças.

desejo, algumas formas são descritas como normais, pelas normas sociais, outras são vistas como vergonhosas. Assim sendo, a forma que o sujeito lida com seu desejo está relacionado com o contexto cultural em que está inserido, que valoriza algumas práticas e maneiras de viver a sexualidade e rechaçam outras (Araujo & Calazans, 2007).

No que tange a sexualidade observa-se que a sociedade, durante a sua transição histórica fundamentou suas práticas em normas prescritas que tem como base de fundo os contextos ideológicos para administrar sua difusão e aceitação nos grupos sociais. A noção de norma vem da medicina, da oposição entre normal, como aquele que possui saúde, e patológico, o doente. A partir dela, passa para a pedagogia (escola normal é aquela onde se ensina a ensinar) e para o direito (normas jurídicas: direito se opõe a torto, tortuoso, desviante). A partir daí passa para o campo técnico, econômico e social. Para Canguilhem:

A normalização dos meios técnicos, de educação, de saúde, de transporte de pessoas e de mercadorias é a expressão de exigências coletivas cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, como aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos (1978, p. 210).

Para o autor uma norma tira seu sentido, seu valor e sua função do fato de existir fora dela algo que não corresponde à exigência a que ela obedece. Por isso, ao contrario das leis da natureza que são obedecidas naturalmente pelos organismos, às normas supõem fora delas uma ordem “caótica”, não normalizada, e á qual elas se opõem. Uma norma não é algo natural, mas algo produzido pelas sociedades no sentido de sua perpetuação. As normas são, pois, as regras explícitas ou implícitas conscientes ou inconscientes, que regulam a sociedade a seu próprio favor.

Essas normas, que se caracterizam nas instituições, chegam aos indivíduos a favor ou contra seus interesses. Para que elas possam ser aceitas é preciso que venham estruturadas por

uma ideologia. Assim, norma e ideologia se confundem, sendo a primeira o modo pelo qual a segunda se concretiza em práticas precisas, minúsculas, cotidianas e que vêm a constituir na trama da sobrevivência das sociedades. As ideologias se concretizam em práticas materiais, cotidianas, produzidas pelos aparelhos ideológicos do Estado (família, escola, religião, meios de comunicação, etc.). Por isso, a ideologia dominante inculca nos indivíduos relações imaginárias com suas condições de vida concretas, mascarando essas relações reais (Guareschi, 2002).

Portanto, ao se inserir a sexualidade no quadro do debate, deve-se visualizar qual sociedade e cultura a qual ela esta se referindo, como forma de apreender suas normas e ideologia. No caso deste estudo, irá se limitar ao contexto brasileiro. Nesta sociedade, em virtude da influência portuguesa na colonização, a sexualidade dentro do casamento não se deu de forma muito diferente da que aconteceu na Europa. No cenário cristão católico cabia ao homem de bem e mulher de família se comportar como cristãos reais, obedecendo às normas preditas pela santa igreja. Assim a vida social e íntima do indivíduo era entrelaçada com a vida espiritual.

No Brasil-colônia a Igreja Católica, para combater o concubinato², defende a família patriarcal, como o principal modelo de poder na organização familiar, em que só se admitia o desejo e o prazer sexual do homem fora do lar com prostitutas ou mulheres pobres, por isso elas se tornavam a companheira sexual preferida para o homem branco e também para a iniciação sexual dos meninos. A esposa, geralmente portuguesa ou espanhola, tinha uma posição social de destaque, mas, estava confinada a um mundo anti-sexual, pois o pecado pairava no corpo, cabendo as luxurias e o prazer pecaminoso as mulheres de má reputação e que já estavam condenadas pelos seus atos e práticas. A sexualidade para ela resumia-se à reprodução da raça e essa era a educação passada de mãe para filha. O Brasil tornou-se uma

²**Concubinato:** s.m. (do Lat. concubinatus) É a junção de concu (coito ou cópula carnal) + binatus (com alguém). Deste modo, em sua literalidade, significa a união de pessoas com o fito do prazer meramente carnal.

República, mas a diferenciação não desapareceu, principalmente nas grandes cidades onde o maior contingente de mulheres para o prazer sexual é proveniente das classes pobres, mostrando que as raízes classistas e raciais não desapareceram (Goldberg, 1993).

O patriarcalismo no Brasil não foi simplesmente uma forma de organização familiar e social, foi também uma construção ideológica, onde os conceitos de homem e mulher foram definidos em termos de oposição; o homem como um ser forte, superior; e, em contrapartida, a mulher como um ser inferior em todos os sentidos, que deveria estar submissa e passiva ao seu marido e respeitar e obedecer as suas vontades, tendo em vista esta posição estar fundamentada na lei divina e sacramentada pela ordem natural da criação de Deus, primeiro o homem e logo depois a mulher, sendo esta feita dele. Essa extrema diferenciação carregava consigo um dualismo moral explícito, que contribuiu para legitimar e reforçar a ordem aparentemente natural de hierarquia de gênero, produzindo um quadro de vulnerabilidade feminidade tanto no que tange à violência, como contaminação por patologias (DSTs), pois caberia à mesma aceitar a vontade de seus parceiros quanto ao seu corpo, não intervindo ou contradizendo o mesmo. Esse legado patriarcal continua a afetar o pensamento brasileiro e a maneira como a maioria dos homens e mulheres de hoje visualizam seu meio social (Ribeiro 2010; Bastos, 2000; Parker, 1997).

Entretanto, no contexto brasileiro atual, várias percepções estão vinculadas às práticas sexuais, devido a movimentos que surgiram na conjuntura mundial em meados da década de 1950, quando desencadeou na Europa o “movimento beat” com reflexos no Brasil. Esse movimento, representando uma contestação dos jovens ao modelo social vigente, trazia em seu bojo a “revolução sexual”, pregando uma nova concepção de sexo desvinculado de compromisso, o uso de drogas e novos hábitos de vestir e falar. Na década de 1960, outro movimento começa a tomar vulto, o “movimento hippie”, que surgiu como uma grande esperança de derrubada de muitos mitos políticos, culturais, sociais e entre eles os sexuais,

como o da virgindade e da superioridade masculina. Novos conceitos começam a ser discutidos como o direito ao prazer sem restrição e a liberação sexual da mulher através da pílula anticoncepcional (Sales, 1988; Conceição, 1988).

Neste período, por influência dos meios de comunicação e, sobretudo, da televisão, o vocabulário para dizer o amor passa a evitar eufemismos, encaminhando para coito, orgasmo e companhia. As relações do cotidiano do casal começam a mudar, a mulher deixa de ter o estigma de propriedade e um marido violento não era mais o dono de ninguém, apenas um homem bruto. Nas relações amorosas, como namoro, carícias generalizam-se e o beijo mais profundo – o beijo de língua ou french kiss – passava a ser sinônimo de paixão. No quarto, o pudor obrigava a não se mostrar despido, cabe aos prazeres o escuro, amar ainda não era se abandonar totalmente. Seja na imprensa, na música, no cinema ou na televisão os temas amor, casamento e sexualidade apareciam de forma a mostrar os conflitos que a sociedade vivia (Schwarcz, 1998).

Uma forma de observar estes conflitos na sociedade brasileira é observar a dramaturgia produzida neste período, ao mesmo tempo em que o sexo antes do casamento parecia uma convenção recorrente nas novelas, seu sentido vai se alterando lentamente. E ele muda, precisamente porque se desvincula da procriação e do casamento. O rude garimpeiro protagonista de *João Coragem*, apaixonado, mantém relações sexuais com Lara-Diana-Márcia, filha de um rico fazendeiro, antes de casarem ela fica grávida e o pai contrariado. Em *Selva de pedra*, Cristiano e Simone também incursionam em terreno proibido antes de oficializarem a união. O ato sexual era sugerido pela presença do herói se vestindo no quarto da heroína. Os casais que viviam em “pecado”, como Potira e Jerônimo, de *Irmãos Coragem*, são punidos com a morte como retratados nos exemplos do período colonial. Já em *Estúpido Cúpid*o debate-se o uso da pílula e na minissérie *Malu Mulher* a personagem principal separa-se do marido por estar insatisfeita no matrimônio. Contudo as transgressões tem limite até nas

novelas, até o final da década de 1970 nada se relativiza e os papéis esperados na vida real, valores e tradições, se repetem, dramaticamente nas telinhas (Priore, 2011).

Na últimas décadas do século XX teve início outro movimento, fruto de séculos de transformações: o que procurou separar a sexualidade, o casamento e o amor. Foi o momento da transição – muito lenta – entre o “amor idílico” dos avós para a “sexualidade obrigatória”, dos netos. Ninguém mais queria casar-se sem se “experimental”; jovens consideradas por seus parceiros frígidas são por isso descartada dos jogos amorosos; as mulheres começaram a discutir e a falar sobre orgasmo. O domínio da reprodução, graças à pílula, vai consolidar essa liberação. Observa-se, portanto, que a história da sexualidade, o casamento e o amor estiveram sobre controle da igreja, da família e da comunidade. Apesar dos riscos da Aids – descoberta popularizada nos anos 1980 -, a sexualidade foi desembaraçada das mãos da igreja e separada da procriação graças aos progressos médicos. O casamento, fundado sobre o amor, não é mais obrigatório e ele escapa às estratégias religiosas ou familiares; o divórcio não é mais vergonhoso e os cônjuges têm o mesmo tratamento perante a lei. A realização pessoal se foca no seu ápice, no qual se recusa a frustração e culpa (Priore, 2011).

Ao mesmo tempo em que surge no cenário mundial uma imensa luta pela liberdade sexual, que também se insere no contexto brasileiro, concomitante ocorre também uma revitalização do vasto tema da religião na sociedade moderna, que vai contra a luta da racionalização intrínseca de dissipação de toda crença ou representação coletiva apriorística. (Duarte, 2005). Dentro do campo da sexualidade, o autor apresenta um quadro amplo de atuação, no qual ele relembra que um dos primórdios em que se baseiam estes ideais, principalmente cristãos, é a sexualidade restritiva ao casamento e uma mentalidade de ato pecaminoso, que deve ser reservado ao casal e de certa maneira restrito ao diálogo aberto entre pais e filhos, também incluindo a percepção do ato apenas como fator de procriação e dominação masculina. Neste sentido pode ser observada uma norma social que se adere à

própria cultura, apresentado a base ideológica do sagrado, de natureza divina, que abrange vida e morte.

Assim o ethos individual estará abarcado neste cenário que pode estar vinculado a vários argumentos: (1) a existência de um ethos privado não confessional generalizado que inclui diversos aspectos da ideologia individualista, que se difunde pelos diferentes segmentos da sociedade brasileira; (2) à consolidação da consciência pública e a generalização do uso social de um “mercado” de alternativas religiosas no Brasil; (3) à incorporação das doutrinas cristãs de diversas dimensões aos valores associados à cosmovisão individual; (4) à complexidade dos motivos sociais de pertencimento a grupos e adesão a experiências explícitas ou implicitamente religiosas nas sociedades modernas em geral (Duarte, 2005).

O quadro atual que se apresenta na cultura brasileira é misto e entrelaçado. Ao mesmo tempo em que grita por uma liberdade religiosa, limita-a a concepções emaranhadas a sua constituição histórica de impura e pecaminosa. Duarte (2005) demonstra que esta realidade cria uma inconexão entre atos e discursos, demonstrando que ao mesmo tempo em que se fala, se reprime, e que estes discursos produzem um agravamento que dificulta a prática sexual livre e consciente do seu corpo e da dimensão de prazer, acarretando no indivíduo, mesmo o que não professe uma religião, uma sensação intrínseca de dualidade entre o desejo e as normas sociais, levando a sociedade a se manter a margem do discurso aberto, recrutando a sexualidade à periferia do não dito.

As novas concepções que surgiram a partir de 1950 não quebraram por completo a repressão que ainda se insere de forma camuflada na educação de crianças e jovens, criando um descompasso entre o dito e o praticado. Este dado pode ser observado em estudo realizado no Estado da Paraíba com adolescentes por Ribeiro (2010), o qual demonstrou que os adolescentes possuíam informações vinculadas à reprodução, contudo eles se descreviam como não possuindo preparação emocional frente a estes dados, tendo em vista que ao mesmo

tempo em que se é falado muito sobre sexo, principalmente na mídia, pouco é discutido sobre sexualidade. Relataram assim, a existência de uma zona de silêncio na família e escola que quando rompido, é carregado de valor e preceitos moralistas que condena ao invés de informar. O estudo demonstrou, portanto, que ao mesmo tempo em que as pessoas acreditam no seu direito de buscar o prazer e o seu exercício pleno, vive em conflito entre esses ideais de liberdade e uma educação sexual rígida da qual é fruto.

1.2 Adolescentes jovens e a Construção do Gênero

As concepções sobre adolescência e juventude tendem a universalizar, naturalizar e padronizar o processo vivenciado neste período, segundo parâmetros preestabelecidos em fases cronológicas, desconsiderando os fatos vividos e significados que marcam o processo de individualização de sujeitos concretos, assim como as possibilidades de vida e escolha de cada indivíduo, criando regras e estereótipos de comportamentos para cada conceito (adolescente e jovem) (Horta & Sena, 2010). Adolescência e juventude são condições sociais parametrizadas por uma faixa etária, que tem como base demarcar o desenvolvimento do sujeito e criar padrões de análise, caracterizando condutas e atitudes demarcadoras que se criam frente a um período histórico social, trazendo a torna as normas e vigilância. Como demonstra Foucault (1996):

Tais saberes incidem sobre os sujeitos sob a forma de constante vigilância, tendo por objetivo determinar se um indivíduo se conduz ou não como deve, conforme ou não à regra, se progride ou não, etc. Esse novo saber [...] se ordena em torno da norma [...]", instituindo modelos que irão guiar os pressupostos presentes, em especial nas teorias desenvolvimentistas (p. 88).

Neste sentido entende-se o sujeito como um ser único em processo de autodescobrimento que irá demarcar a forma que se encontra e se constrói no mundo, que abarca estes dois contínuos que abrange a adolescência e juventude, assim compreende-se:

"[...] apenas se encontra no mundo uma vez, como um *unicum* e que nenhum outro azar, por insólito que seja, poderá combinar por uma segunda vez uma multiplicidade tão diversa e obter, com ela, a mesma unidade que ele é" (Nietzsche, 1999, p. 42)

Sem a pretensão de encontrar uma resposta definitiva nem oferecer uma verdade, utilizou-se o termo adolescente jovem em vez de adolescência ou juventude, uma vez que entende-se que estes dois conceitos não se referem estritamente a uma faixa etária específica, nem a uma série de comportamentos reconhecidos como pertencendo a tal categoria. Pensar em adolescente jovem demonstrou ser a melhor forma de trazer uma intensidade juvenil, enfatizando as forças que atravessam e constituem os sujeitos em vez das formas com que se tenta defini-los.

Portanto, a adolescência/juventude é um período vigorosamente marcado por processos psicobiológicos, entretanto, não deve ser limitada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes jovens também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os indivíduos estão imersos (Ramos, 2001). Assim sendo, a adolescência/juventude varia de cultura para cultura, dependendo do período histórico e características socioeconômicas e normas sociais vigentes.

A adolescência/juventude é uma construção moderna, tendo como base que na sociedade medieval não havia a distinção entre criança e adulto. A criança era representada como um adulto em miniatura, tanto nos aspectos físicos quanto mentais. Não existia a consciência da particularidade infantil. O ingresso na sociedade adulta ocorria a partir do

momento em que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante da mãe ou ama. Na transição da Idade Média à Moderna ocorre um fortalecimento do espaço privado e a família ganhou um novo significado, deixando de ser apenas uma unidade econômica, para tornar-se um espaço de afetividade entre pais e filhos. Nesta época, ocorre, claramente, a distinção entre crianças e adultos, porém ainda não se identifica com que se chama de adolescência/juventude de hoje, pois a longa duração da infância provinha da indiferença em relação aos fenômenos biológicos, não havia a ideia de limitar a infância pela puberdade (Grossman, 1998).

Nas sociedades ocidentais, a adolescência (aqui demarcando fase cronológica), figura do século XIX e do início do século XX, teve na escola e no exército seus elementos concretos de formação. De maneira mais precisa, foi através da observação das experiências dessas duas instituições que a sociedade moderna pode compor uma nova realidade psicológica, a adolescência/juventude (Reis & Zioni, 1993). Com a esfera do trabalho mais densa e as relações sociais mais sofisticadas, sobretudo a partir do final do século XIX, a adolescência e a juventude passam a se caracterizar como momentos de socialização e de preparação para o ingresso na esfera da produção. Essa preparação passa a acontecer em instituições especializadas, as escolas, e faz com que o ingresso no mundo do trabalho e o momento de ter filhos sejam adiados (Abramo, 2005).

Assim, a adolescência/juventude passa a ser descrita em nossa sociedade como o momento do ciclo da vida de transição entre a heterônoma da infância e a completa autonomia da vida adulta, em tese. Dentro desta ótica, Heilborn (2006) relata que anteriormente o final da adolescência/juventude era demarcado por duas carreiras: a escola profissional e a família conjugal – que uma vez completadas, representariam a autonomização do adolescente jovem em relação à família de origem, assumindo o status de adulto. Contudo a autora afirma que as mudanças ocorridas no cenário mundial a partir da década de 70 tornaram a passagem para a

vida adulta bem mais complexa, tendo como base as gerações passadas, tendo em vista que a autonomia financeira e vida conjugal não aconteceram sincronicamente, ocorrendo um alongamento da etapa juvenil na descrição do ciclo da vida.

Alguns fenômenos desta fase podem ser interpretados como positivos, como expansão da escolaridade, para uma melhor inserção profissional e social, ou como negativos oriundos das dificuldades de atender a tais expectativas diante de um contexto no qual as chances de adentrar no mercado de trabalho não são verdadeiramente promissoras, principalmente no Brasil, com uma marcante desigualdade social, expressa tanto na diferença de classe quanto de gênero. A outra série de mudanças que ocorre como fator decisivo na adolescência/juventude alude para a esfera de estabelecimento de vínculos amorosos e sexuais com parceiros, que geralmente começam a se delinear no início desta fase, no qual duas agências são fundamentais na transmissão desses valores: a família e o grupo de pares (Heilborn, 2006; Brandão, 2005). A singularidade da experiência do adolescente jovem se dá por ser a fase da vida em que se busca essa autonomia, marcada tanto por uma atitude de experimentação, quanto pela construção da identidade pessoal e coletiva (Sposito, 2005). A adolescência/juventude, é, portanto, uma fase onde há bastantes conflitos, uma etapa de desorganização e instabilidade emocional, caracterizada pelos processos sociais, biológicos e psíquicos, ao qual a criança, que adentra a adolescência/juventude, está destinada (Zugliani, Motti & Castanho, 2007).

A adolescência/juventude, na visão clássica, é entendida como uma classe social gerada pelas tonalidades inerentes à crise do sistema (Foracchi, 1972). Estudos contemporâneos reafirmam seus excessos comportamentais como motores da construção das formas pelas quais os adolescentes jovens se apresenta à sociedade (Souza, 2005). O interesse pela adolescência/juventude desponta de tempos em tempos, em 1920 presenciou-se a explosão desse interesse na razão direta da comoção gerada pela turbulência social em

Chicago (Gonçalves, 2005). Naquela época, toda uma geração de jovens italianos, judeus, irlandeses e afro-americanos, tornou-se objeto de estudos da sociologia, em busca de uma resposta às indagações acerca de possíveis correlações entre adolescência/juventude, violência, criminalidade e desorganização urbana (Zaluar, 1997). Ainda na década de 1920, observa-se o interesse pelas lutas das gangues, nos anos de 1950 pela explosão demográfica nas urbes e mais recentemente pelos elevados índices de disseminação das doenças sexualmente transmissíveis (Gonçalves, 2005).

Esse momento de preparação e socialização cria um descompasso, de um lado, os adolescentes/jovens já têm a capacidade física para gerar filhos, de outro, afirma-se que eles ainda não têm maturidade emocional e social para isso. Segundo Silva e Abramovay (2007), a adolescência/juventude é o momento em que a experimentação da sexualidade vai possibilitar uma estruturação de sua identidade, assim, preconceitos e crenças e as relações de gênero organizam as possibilidades sexuais-afetivas dos adolescentes jovens. Fatos estes que ajudam a compreender o porquê das noções modernas de adolescência/juventude aparecerem como períodos de interregno, de ambiguidade, de tensão potencial (Abramo, 2005).

Nesta conjuntura, Brêtas (2003) relata que na adolescência/juventude há uma necessidade do adolescente jovem de ser notado, de sentir-se parte do seu meio social, acarretando uma transformação na convivência social. O adolescente jovem começa a se relacionar com turmas e a exercitar sua possibilidade de relacionamento com os outros. Como em todas as outras situações da vida do adolescente jovem, enfrentar esta nova situação desperta medo e receios, ao mesmo tempo em que ocasiona o desejo de conhecer, de buscar o novo e de conseguir se relacionar com os demais (Brêtas, 2003). Ainda segundo este autor, os adolescentes jovens procuram afirmar sua autonomia contestando a autoridade dos pais, ou seja, valores e hábitos aprendidos e cultivados pela família passam a ser questionados. Na busca da independência, rejeitam temporariamente os padrões familiares. É no âmago do seu

grupo de referência, no qual partilham um jargão particular, modos de vestir e hábitos diversos que os adolescentes jovens se sentem fortes.

Dentro desta construção, o adolescente jovem, a princípio, vai se constituir um consumidor abrangente do sistema produtivo, pois os produtos apresentados como mercadorias-símbolo pelo marketing das empresas encontram nele um terreno fértil para suas vendas (Strasburger, 1999). Esse terreno situa-se no imaginário desse grupo social e vincula-se à busca pela beleza, saúde, aceitação social ou sucesso sexual (Sgarbieri, 2005). Assim, cada vez mais os adolescentes jovens buscam na mídia o comportamento ideal, apoiando-se em "receitas de estilos de vida" que são produzidas por vários setores da sociedade (Santos & Silva, 2008). São muitos os estudos sobre a influência da mídia na juventude, Miranda-Ribeiro e Moore (2002) estudaram como a saúde reprodutiva é abordada por seções das revistas *Capricho* e *Querida*, dirigidas ao público juvenil. O estudo ressalta o caráter normativo que algumas matérias das revistas possuem em relação aos comportamentos sexuais e práticas de sexo seguro. Outros estudos mostram que, além de normativas, as informações mostravam-se ambíguas, como no caso estudado por Serra e Santos (2003), no qual fizeram uma análise dos conteúdos de uma revista para adolescentes jovens que abordava as práticas alimentares de emagrecimento.

Frente ao contexto cultural, a adolescência/juventude é marcada por experimentações, como forma de constituir sua personalidade, o adolescente jovem vai adentrar nas formas e conjunturas pertinentes da sociedade, frente ao leque de oportunidades e discursos presentes, criando suas possibilidades e performances, o que leva muitas vezes a contestar a autoridade dos pais e do sistema social presente. Pode-se, portanto, perceber que os adolescentes jovens tendem a formar sua substância ética, frente à moral pré-existente, para isso eles vão experimentar as regras de ação propostas pela sociedade, submetendo a elas ou negligenciando. Nesta perspectiva percebe-se uma locomoção dos adolescentes jovens dentro

da sua esfera de ação, na tentativa de estruturar seu eu, eles vão confirmar ou desaprovar as condutas normalizantes que a sociedade, como a família, escola, estado, igreja, os transmitem. Dentro dessas condutas se descreve a experimentação da sexualidade e dos jogos e discursos que a circunda, porém, observa-se que para cada gênero essa prática vai se diferenciar, como também o discurso que aí vigora. Existe, portanto, um conflito entre a experimentação e uma postura individualista e narcísica, considerada típica da sociedade e da adolescência/juventude contemporâneas (Gonçalves, 2005; Foucault, 1997).

Essa identidade é igualmente construída e legitimada a partir das representações de gênero, ou seja, a forma como cada um descreve a si mesmo, o outro e a relação que se estabelece entre ele, portanto, a experimentação e formação da personalidade do adolescente jovem vai se diferenciar tendo em vista os *scripts* sociais determinados para a dicotomia masculino/feminino. Desde o nascimento, meninos e meninas são preparados para responder às expectativas da sociedade em relação ao papel que cada um deve desempenhar. E, particularmente, a família e a escola aparecem como instituições vigilantes e facilitadoras do processo de assimilação desses papéis (Egypto & Egypto, 2000). O revólver e o carrinho, simbolizando o espaço público, representam a violência, a decisão, o domínio. A boneca está associada ao trabalho doméstico, à maternidade. Assim, as identidades de homens e mulheres são traçadas gerando a necessidade da existência de um ser frágil, sensível, dócil, a fim de justificar o outro ser forte, provedor, agressivo, intolerante, reiterando a cultura patriarcal e a assimetria entre os gêneros (Fischer & Marques, 2001).

Assim, observa-se na sociedade a divisão de duas classes: o sexo biológico e o sexo social, a primeira referencia as categorias biológicas, como os órgãos genitais, já a segunda traz a tona à construção social, quais os comportamentos e representações que cada sexo deve apresentar (Foucault, 1997). Neste sentido, gênero pode ser entendido como o processo pelo qual a sociedade classifica e imputa valores e normas, construindo assim, as diferenças e

hierarquias sexuais, delimitando o que seriam papéis masculinos e femininos (Borges, 2007). Dessa forma, a explanação acerca da diferença entre os sexos pode apontar para uma relação de complementaridade ou de casta, dependendo da cultura, tendo como modelo uma relação de dois polos, na qual quaisquer que sejam as características atribuídas a um dos sexos, estas estarão em oposição às características atribuídas ao outro (Villela & Arilha, 2003).

Um dos pressupostos da categoria gênero é a rejeição ao determinismo biológico que evoca a diferença sexual, entendendo-se que esta diferença deve-se a uma organização social e enfatiza a forma como os discursos sociais e culturais construíram os chamados papéis sociais em diferentes sociedades e períodos históricos. (Borges, 2007; Foucault, 1997). A adolescência/juventude é um período decisivo para definição de diferenças de gênero no campo da identidade, produzindo não só aumento da criatividade e singularidade como também reproduz divisões sexuais com conotação de assimetria e desigualdade (Silva & Abramovay, 2007).

No que diz respeito ao gênero, percebe-se um fator social predominante, pois os mesmos são aprendidos desde a infância e se consolidam ao longo da adolescência/juventude, quando a pessoa busca estabelecer sua identidade e planejar mais concretamente o futuro, de forma autônoma (Costa, 1998). Neste período há uma propensão a adotar de forma ampla e estereotipada os papéis de gênero, estas características são citadas em estudos realizados por Taquette e Vilhena (2006) com adolescentes jovens do sexo masculino e feminino, o qual revelou que os rapazes têm maior número de parceiras e iniciam a atividade sexual mais cedo. As moças, por sua vez, usam menos preservativos e são as principais vítimas de abuso sexual. Esses dados confirmam um modelo sustentado em valores tradicionais de gênero que demarcam as esferas masculina e feminina supondo uma supremacia da primeira. Isto pode significar, dependendo do contexto socioeconômico e cultural, que os adolescentes jovens venham a se expor a diversos riscos associados a uma visão tradicional de seus papéis de

gênero. Como exemplo, cita-se o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive Aids, maternidade/ paternidade, violência, dependência de drogas e acidentes de trânsito, entre outros (Almeida, 2007).

A disseminação das DSTs nesta população também está associada à noção cultural disseminada entre amor e sexualidade, os quais têm sido significados como dimensões indissociáveis da vida humana. Além disso, os mesmos têm sido apresentados não apenas como um direito de todos os seres humanos, mas como um imperativo aos quais, todos estão submetidos e a partir do qual são valorizados, classificados e posicionados como bem-sucedidos ou saudáveis. E a vivência desses prazeres, muito frequentemente, está associada à disposição e à capacidade de enfrentar e correr determinados riscos, que favorecem uma relação que, historicamente, se faz entre prazer e perigo (Meyer, Klein & Andrade, 2007).

Esta tendência é fruto de vários fatores ideológicos, que adentram a história humana arraigado na crença coletiva da superioridade do homem frente à mulher. Esta construção abarca não somente a percepção do corpo físico, mas também a questão espiritual religiosa e moral que faz parte do arcabouço que molda a atuação comportamental da sociedade ocidental. Como exemplo pode ser citada a visão histórica religiosa hebraica/cristã, que definia um abismo espiritual e de direitos entre homens e mulheres, no qual a igualdade espiritual das mulheres seria alcançada somente na chegada ao céu, obtida tão-somente através da mais estrita sujeição ao poder masculino na Igreja e na sociedade. Cabia a mulher, portanto, o direito ao lar e a procriação, seu corpo era visto como um perigo sexual para os homens, carregando em seus seres físicos a ameaça de uma subjugação degradada à corruptibilidade e à morte. Portanto, fora do controle da autoridade masculina, a mulher torna-se a corporificação do poder demoníaco oculto e sorrateiro (Ruether, 1993).

A primazia masculina também está associada à construção histórica do corpo e das diferenças anatômicas. Antigamente a mulher era definida sexualmente como um homem

invertido, com os mesmos órgãos que o homem, só que para dentro. Essa concepção científica foi dominante até o século XVIII, período em que a mulher passou a ser considerada inferior não mais pela anatomia, mas em papéis políticos e econômicos. No final do século XVIII, a sociedade e a percepção médico-científica da realidade anatômica feminina mudaram, criando-se uma nova ordem cultural para justificar a incapacidade da mulher na vida pública e sua vocação para os cuidados do lar. O corpo sexual feminino passou a ser causa e justificativa das desigualdades supostamente naturais entre homens e mulheres. A ciência médica, enfim, consolidou o que a ideologia já estabelecera. No final do século XIX instituiu-se a crença na inferioridade física da mulher na execução de tarefas socioeconômicas e políticas. A distinção entre o natural e o cultural visa definir e mesmo justificar a manutenção das relações hierárquicas entre os gêneros e as raças (Taquette & Vilhena, 2008).

Outro fator que demarcou a posição da mulher na vida social, foi à difusão das ideias do amor romântico que, profundamente envolvida com a transição socioeconômica do século XVIII e início do século XIX, afetou a vida social como um todo, reordenando as condições da vida cotidiana. Dentre os quais, Giddens (1993), cita: (1) a criação do lar, a partir das esferas domésticas e públicas; (2) a modificação das relações entre pais e filhos, aliada à diminuição do tamanho das famílias, o que permitiu o controle e cuidado das mães para com os filhos, que passaram a ser vistos como vulneráveis e necessitando de afeto; e (3) a *invenção da maternidade*, com a idealização do papel da mãe. Assim, com a divisão das tarefas de ação, a promoção do amor tornou-se função predominantemente das mulheres, estando associada à subordinação da mulher ao lar e ao isolamento do mundo externo, além da associação do amor com o casamento e a com a maternidade (Costa, 1999; Lobato, 1997; Giddens, 1993).

De acordo com alguns autores analisados por Costa (1999), era uma obrigação cultural viver sob o modo do amor romântico, que se sustentava na repressão da sexualidade feminina,

na convicção da *natureza* do homem, na desigualdade social entre os gêneros, na solidez dos afetos familiares, na importância do convívio doméstico, no agudo sentimento de responsabilidade para com o futuro dos filhos, nos preceitos da moralidade burguesa, etc. Assim, o amor romântico, quando se estabeleceu enquanto norma de conduta emocional, afetou mais as aspirações das mulheres que as dos homens, embora estes também tenham sido influenciados por ele. Ao mesmo tempo, constituiu-se como um dos orientadores da subjetividade feminina: ser do outro (em detrimento do ser de si), percebido como um dos principais pontos de vulnerabilidade e fragilização, ao demarcar diversas maneiras de dependências objetivas e subjetivas. Essa subjetividade com base sentimental institui posições de poder que geralmente desfavorecem as mulheres, fazendo com que permaneçam presas em relacionamentos de forte dependência, no qual o parceiro, além de objeto amoroso, é também aquele que ministra seu reconhecimento, colocando em jogo a sua valorização (Saldanha, 2003, Seixas, 1998).

No entanto, não se pode negar que na contemporaneidade essas identidades e papéis vêm ganhando uma nova dimensão, na medida em que as mulheres desafiam a dicotomia público/privado, conquistando novos espaços em termos de cidadania e direitos (Vaitsman, 2001). Não obstante, apesar das mudanças, ainda há de se considerar o abismo social existente entre os gêneros, demarcado, entre outros, pela combinação da violência material e simbólica, relacionada ao comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito familiar e social, pela assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las e pelos poucos espaços onde possa manifestar queixas e resolver pendências, o que tem impactado desproporcionalmente a vida das mulheres, mesmo em meio a uma série de ganhos importantes em termos do feminismo e da conquista de direitos civis e políticos adicionais, dificultando, portanto, o seu empoderamento (Saldanha, 2003).

A ideologia de gênero é reproduzida pela família, que considera que homens e mulheres lidam de maneira distinta com o desejo e que as adolescentes (jovens) devem ser refreadas, retardando sua iniciação sexual (Castro, 2004). Corroborando com estes dados, Silva e Abramovay, (2007) ao investigar os adolescentes sobre a permissão dos pais para dormir com seus (suas) namorados (as) em casa, verificaram-se diferenças entre os gêneros, visto que 33% dos jovens do sexo masculino têm permissão enquanto apenas 8% das jovens gozam do mesmo privilégio. Corroborando com esta realidade estudo, realizado por Ribeiro (2010) demonstrara diferenças expressivas no comportamento sexual quanto à condição sexo/gênero, no que se refere à primeira relação sexual. A categoria namorado(a) é indicada respectivamente por 68,5% das mulheres, e 45,1% dos homens, evidenciando que as moças elegem os namorados como parceiros ideais para a primeira relação sexual, revelando o papel social previsto para a mulher na sociedade.

Outro fator que agrega maior vulnerabilidade a população feminina é a aquisição dos insumos de prevenção (compra ou solicitação na unidade de saúde o preservativo masculino ou feminino), pois a compra e o uso do preservativo são considerados um papel predominantemente masculino; enquanto o conhecimento, a escolha e o uso do método contraceptivo são associados ao papel feminino. Dentro deste *script* social portar a "camisinha" e tomar a iniciativa por sua utilização é papel do homem e a mulher que o fizer pode ser vista como "oferecida", "escolada" ou "disponível para o sexo" (Albuquerque, Moço & Batista, 2010; Alves & Lopes, 2008).

Apesar de todas as modificações sociais e as lutas pela igualdade entre os sexos, Stearns (2010 b), ao realizar um estudo sobre as produções cinematográficas dos últimos cinco anos relata que os filmes, em geral, não promovem revoluções nas relações de gênero, ao contrario afirmam e exageram as implicações dos padrões bastante convencionais. Assim, a cultura ocidental há muito vem insistindo que um dos papéis das mulheres é ser atraente e

agradar o sexo oposto: os filmes apenas realçam isso. A cultura há muito reforça o comportamento agressivo e características de proteção e fortaleza dos homens: os filmes apenas dão à agressão uma coleção de armas fora do comum e efeitos especiais. Os desvios dos padrões de gênero que existem, em outras palavras, são bastante superficiais.

Ao demarcar os comportamentos sexuais entre adolescentes jovens, observa-se o *ficar*, que segundo Gonçalves (2005) é uma experiência de estar com o outro, trocar carícias, descobertas e sensações sobre o corpo e sobre si mesmo, ocorrendo beijos, abraços, e, eventualmente, relações sexuais. Os limites do *ficar* são determinados pelo próprio casal, incluindo afetividade, porém não um compromisso de continuidade ou exclusividade, podendo se transformar em namoro. Para os rapazes, a possibilidade de variação de parceiras para ficar recebe um valor positivo, respaldados pelo sistema de valores sociais e morais que dignificam a masculinidade. Entretanto, para as moças o ficar pode estabelecer limites, uma variedade grande de parceiros resulta numa atribuição de valor negativo, o que confirma que o preconceito e as proibições ainda ocorrem em maior grau contra as mulheres (Heilborn, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados em com adolescentes paraibanos (Ribeiro, 2010), sinalizando que, no que tange às conquistas amorosas, a fragilidade, inexperiência e expectativa do matrimônio são inerentes ao feminino, enquanto o ambiente social e a valorização da conquista como forma de afirmação pessoal são características do masculino.

Pode-se concluir que as concepções de feminilidade situam as mulheres em esferas opostas àquelas em que se encontram os homens, ou seja, a construção dos papéis sociais tem como um dos elementos norteadores que certas atividades e atitudes são inerentemente masculinas ou femininas (Fonseca, 2005), podendo direcionar a adoção de determinados comportamentos em função daquilo que é esperado no grupo sociocultural em que se reproduzem, social e biologicamente.

No que se refere à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o sistema de gênero dificulta a negociação do uso do preservativo. Em estudo realizado por Ribeiro, Silva e Saldanha (2011) com adolescentes do sexo feminino, ficou demonstrado às dificuldades para negociar o preservativo com seus referidos parceiros, a partir de explicações vinculadas ao medo de desagradar e perder o parceiro ou passar uma visão de “serem experientes”. Este receio tem como consequência a ausência de diálogo e, conseqüentemente, da negociação quanto ao uso, criando uma zona de silêncio onde o medo das conseqüências limita as ações, colocando-as em um contexto de vulnerabilidades.

Ao se analisar de forma mais consistente as relações de gênero e as demarcações no que é caracterizado como conduta feminina e masculina, percebe-se que as mesmas são analisadas pelos sujeitos sociais como naturalizantes. As normas sociais e a realidade vivenciada, impregnada dessa ideologia, faz com que os mesmos não se percebam dentro deste processo, repetindo e reafirmando os comportamentos. Frente a este solo social e cultural os adolescentes jovens, ao se definir e estruturar sua identidade associam este padrão às suas crenças, mesmo que este modelo seja saturado de desigualdade e discriminação no que concerne ao seu próprio sexo. Em pesquisa realizada por Ribeiro (2010) ao questionar as relações de gênero à adolescentes jovens de 14 a 20 anos, observou-se que as mulheres não percebem sua conduta e os códigos sociais como desiguais em comparação aos seus pares do sexo, mesmo quando o comportamento é discriminatório, elas tendem a naturalizar e dar um caráter biológico às diferenças.

As questões de gênero têm se mostrado fundamentais na condução das escolhas reprodutivas de adolescentes jovens, particularmente o momento da primeira relação sexual. As explicações acerca das diferenças no início da vida sexual entre homens e mulheres baseiam-se no fato de que as normas e expectativas sociais em relação à idade e às circunstâncias adequadas para as primeiras práticas sexuais variam conforme o sexo, como

demonstrado por Wise e Saldanha (2011) em estudo com adolescentes na cidade de João Pessoa, o qual ressaltou a predominância de crenças machistas, baseadas no determinismo biológico que fundamenta a supremacia da masculinidade, do ideal do amor romântico como um dos orientadores da subjetividade feminina – ser do outro em detrimento do ser de si - e da naturalização de alguns discursos e práticas concernentes aos papéis de gênero na vivência da sexualidade; naturalização, esta, implicada na fragilização de ações preventivas e de promoção à saúde.

1.3 Vulnerabilidades à DST, HIV e Gravidez na Adolescência/Juventude

Em levantamento (ONU, 2012) realizado por diversas agências ligadas à ONU, entre as quais o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids), foi evidenciado que, diariamente, 2,5 mil jovens entre 15 a 24 anos estão se tornando HIV positivos, respondendo por 41% das novas infecções. No Brasil, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem apresenta tendência de aumento. De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) a faixa etária em que a Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é até os 25 anos de idade.

No processo de experimentação, para consolidação do *eu*, os adolescentes jovens apresentam comportamento sexual que os levam a se envolverem em situações de risco, que os tornam vulneráveis a contaminação por uma DST, inclusive o HIV, ou a uma gravidez não planejada. Apesar do conhecimento acerca dos métodos preventivos um estudo realizado no contexto brasileiro, apontou que 10% do total de homens investigados, que corresponde a quase 2.294 mil pessoas, e 14% das mulheres, ou 3.130 mil, não utilizam e nunca utilizaram nenhum método para evitar as DSTs ou a gravidez, (Silva & Abramovay, 2007). Especificamente na Paraíba, estudo realizado por Ribeiro (2010) em 8.741 adolescentes, os

quais 2.732 já haviam iniciado a vida sexual, sendo 1.748 homens e 983 mulheres, entre eles 10% dos homens (174 adolescentes jovens) e 11% das mulheres (983 adolescentes jovens) nunca fizeram uso de nenhum método para evitar DST/HIV.

Esta suscetibilidade tem colocado os adolescentes jovens no mundo todo, como população-alvo para a prevenção da Aids. No entanto, ao se planejar a prevenção, tem sido ignorado o fato que a adolescência/juventude é uma categoria sócio histórica, expressando, portanto, diversidades na sua forma de existir, o que a coloca em diferentes graus de vulnerabilidade em relação a Aids, às outras DST's e a gravidez na adolescência/juventude (Ribeiro, 2010; Amaral, 2008).

Estudando o discurso da saúde pública sobre a adolescente/jovem grávida, Reis e Zioni (1993) comentam que a preocupação com a gravidez e a maternidade de adolescentes jovens, no campo de proposição da saúde, é recente, porque provavelmente relaciona-se com a própria invenção da adolescência/juventude, acontecida no beiral do século XX. No passado, o Ocidente aceitava e tolerava perfeitamente a ideia da maternidade precoce, que nem sempre era um padrão estável nas formas de reprodução.

Os adolescentes jovens apresentam algumas características que conferem risco à atividade sexual: despreparo para lidar com a sexualidade; onipotência e sentimento de invulnerabilidade; barreiras e preconceitos; dificuldades de tomar decisões; indefinições de identidade; conflito entre razão e sentimento; necessidades de afirmação grupal; e dificuldades de administrar esperas e desejos (Moreira, 2002; Santos & Santos, 1999). Estudos recentes mostram uma elevada prevalência de comportamentos de alto risco entre adolescentes jovens, tanto sexuais quanto relacionados ao uso de drogas, e conseqüentemente ao HIV/Aids, devido, principalmente, a falta de percepção de vulnerabilidade, o que torna difícil à inserção de medidas preventivas, principalmente por caracterizarem suas condutas como seguras, ao relaciona-las as crenças sociais de confiança no parceiro (a), e quando se

ama tudo acontece e sempre haverá um final feliz. As DST específicas por faixas etárias são maiores nos grupos de 15 a 29 anos, o que, associado aos dados epidemiológicos em pacientes com Aids sugerem, que em muitos casos, a infecção pelo HIV foi contraída durante a adolescência/juventude (OMS, 2010; Miranda, Gadelha & Szwarcwald, 2005).

Do ponto de vista social, a influência do grupo, o nível econômico, a pouca escolaridade e a violência, em seus vários contextos, estão relacionadas à baixa idade nas primeiras relações sexuais, ao número de parceiros e às atitudes de proteção contra as DSTs (Taquette & Vilhena, 2008). A atividade sexual precoce não é um fenômeno isolado e, frequentemente, ocorre quando há envolvimento com drogas ou álcool e, às vezes, delinquência (Bayley, Pollock, Martin & Lynch, 2002).

De acordo com Freitas, Ribeiro e Saldanha (2012), o uso de bebidas alcoólicas faz com que o adolescente envolva-se mais em atividades sexuais sem proteção, com maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis, como ao vírus HIV, e maior exposição à gravidez. Estes dados corroboram o estudo de Pechansky, Szobot e Scivoletto, (2004) ao declararem que a relação entre sexo desprotegido e uso de álcool parece ser afetada pela quantidade de álcool consumida, interferindo na elaboração do juízo crítico. Além disso, os autores apontam para uma associação entre uso de álcool, maconha e comportamentos sexuais de risco – como início precoce de atividade sexual, não uso de preservativos, pagamento por sexo e prostituição. Dessa forma, acredita-se que a ação de drogas como o álcool, capaz de causar desinibição e aumento do desejo sexual, deixe os indivíduos (em especial os adolescentes jovens) mais propensos a práticas sexuais de risco.

As drogas lícitas e ilícitas podem demarcar como facilitadores para a iniciação sexual dos adolescentes jovens, predispondo os mesmos a uma maior vulnerabilidade as DSTs ou gravidez não planejada, contudo ao analisar as ações e comportamentos da adolescência/juventude no contexto social deve-se correlacionar com os valores atribuídos a

cada ato, como também as representações que eles possuem segundo o script social para cada gênero. Na adolescência/juventude se dá a afirmação da virilidade, modelagens sobre feminilidade e a busca por autonomia, o que no senso comum se traduz com o “tornar-se homem” e o “fazer-se mulher”, perpassando, portanto, sentidos identitários diversos, como o que se entende por masculino e feminino e as realizações das trocas afetivas. Culturalmente espera-se que o homem satisfaça sexualmente uma(s) mulher(es), jamais recuse insinuações de uma parceira, e que consiga ereções imediatas e bem sucedidas, satisfazendo-a a custo de manter sua honra masculina. Os modelos de gênero masculino e feminino exercem poderosa influência nos adolescentes jovens, ampliando sua vulnerabilidade a fatores de risco à saúde (Paes, Carvalho & Denadai, 2011; Taquette, Vilhena & Paula, 2004; Guerriero, Ayres & Hearst, 2002).

Estudos sobre o início da vida sexual e o uso de contraceptivos e preservativos têm indicado que adolescentes jovens tendem a não usá-los quando iniciam a vida sexual muito cedo e definem a relação em que ocorreu sua iniciação sexual como casual; no caso de adolescentes jovens do sexo feminino, quando têm parceiros mais velhos ou de outra geração (Svare, Kjaer, Thomsen & Bock, 2002; Narring, Wydler & Michaud, 2000). Corroborando com estes dados, Heilborn (2006) relata que mulheres que começaram sua vida sexual antes dos dezoito anos ficam grávidas com maior frequência quando o parceiro é mais velho que elas do que no caso de ter a mesma idade. Porém, Moreira (2002) alerta que o não-uso de métodos contraceptivos pode estar relacionado ao significado cultural do ato sexual, sua comum associação à vontade, impulso avesso a uma racionalidade ou um planejamento.

Nas últimas décadas houve uma redução da fecundidade na população feminina em geral, não observada na mesma intensidade entre os 15 a 19 anos e não verificada no grupo adolescente jovem menor de 15 anos, onde a fecundidade é alta e as principais causas de internação são as complicações da gravidez, parto e puerpério (OMS, 2010). Além disso, a

gravidez precoce de uma adolescente jovem pode limitar sua educação, restringir suas habilidades na força de trabalho e reduzir sua qualidade de vida. Apesar do homem também sofrer possíveis consequências do comportamento sexual e reprodutivo, os custos de uma gravidez geralmente são arcados pela mulher (Longo, 2002).

O uso inconsistente do preservativo masculino pode ser associado à variância do significado da relação afetivo-sexual, onde a maior utilidade seria evitar as doenças de transmissão sexual e não a gravidez, assim, um relacionamento fixo que envolve afeto descartaria a utilização da camisinha e passaria a utilizar outro método, o que relativiza o tema da prevenção (Ribeiro, Silva & Saldanha, 2011). Estes dados corroboram com informações colhidas em depoimentos de adolescentes/jovens estudantes na pesquisa de Castro (2004), os quais mostram que os meninos assumem a iniciativa e a responsabilidade pelo uso da camisinha, não necessariamente para evitar a gravidez, mas pelo medo das DST/Aids.

Ao mesmo tempo, há maior dificuldade de as mulheres negociarem o uso do preservativo com os parceiros, que acabam detendo o poder de decisão a esse respeito, comprometendo a possibilidade de se adotar medidas preventivas, tanto em relação a doenças de transmissão sexual quanto à gravidez (Cabral, 2003; Heilborn, Salem, Rohden, Brandão, Knauth & Víctora, 2002). Situação esta também evidenciada por Wisnes e Saldanha (2011), ao afirmarem que a dominância das relações sexuais como uma característica masculina advém de uma postura passiva por parte das mulheres, favorecido pela idealização do amor romântico. Nesse contexto, pode ocorrer o fenômeno da desconfiança intrínseca, conforme demonstra Amaral (2008), ao ratificar que as mulheres mais jovens temem ser consideradas experientes demais, enquanto as mais velhas reportam ao medo de desagradar ao parceiro, pois o uso do preservativo pode ser encarado como uma prova de desconfiança. Por outro lado, o comportamento contraceptivo dos adolescentes jovens é marcado por dificuldades para usar

adequadamente os métodos anticoncepcionais, especialmente em vista da maior imprevisibilidade das relações sexuais nesse grupo (Ribeiro, 2010).

Pesquisas realizadas com adolescentes jovens também demonstram (Ribeiro, Silva & Saldanha, 2011; Ribeiro, 2010; Teixeira, Knauth, Fachel & Leal, 2006) que a educação, informação e acesso à saúde são fatores fundamentais para diminuir a vulnerabilidade nesta população, pois possibilitam ao adolescente jovem um leque maior de possibilidades, no que se referem as suas ações e escolhas. Neste universo, os estudos têm demonstrado que o silêncio ainda paira na educação sexual destes adolescentes jovens, a escola se detém em uma educação biológica, no qual inexistente o diálogo e quando o tema é tratado, o discurso é vinculado a preconceitos e tabus. A mesma dinâmica ocorre nas famílias que ainda consideram a sexualidade como algo impuro e reservada para a intimidade do casal. Por fim, os estudos ainda demonstraram uma postura negativa, quanto a frequentar a unidade de saúde para obter informações sobre sexualidade ou adquirir preservativos, pela falta de confiança nos funcionários quanto ao sigilo das informações ou por não se sentirem acolhidos frente ao atendimento.

Os padrões de uso do preservativo não estão apenas associados às condições de gênero, raça ou faixa etária, mas também a um conjunto complexo de percepções que as pessoas e os adolescentes jovens, em particular, têm das relações sexuais e afetivas, o que lhes permite classificar essas relações em diversas modalidades que obedecem a princípios e lógicas distintas e acarretam também situações e vivências com níveis diferenciados de vulnerabilidade (Silva & Abramovay, 2007). A noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção (Ayres, 1996).

CAPITULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria da Vulnerabilidade

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco. Para as ciências sociais aplicadas à saúde o construto risco é estabelecido historicamente e culturalmente, por isso, a eleição dos fatores de risco deve considerar a conformação social, histórica, política e cultural do contexto ao qual se aplica. Nesta definição acrescenta-se também a capacidade individual de escolha, a liberdade para fazê-las, os serviços sociais disponíveis (para informar ou assistir), a capacidade de acesso a tais serviços e a existência de rede de suporte social e qual suporte pode ser ofertado. Por isso a veiculação de informações sobre os riscos deve assumir significação e importância no contexto pessoal para qual ele se destina; de outra forma, tende a ser ineficaz para as finalidades sociais a que se propõe. Isto é, aquilo o que não for considerado risco pelos sujeitos-alvo das atividades de prevenção perde a qualidade, o sentido e o significado de risco independente do que, quem, como, para quem e de onde se fala. (Costa-Couto, 2007; Carapinheiro, 2005).

Neste sentido, a noção de risco que informa as ações de prevenção à infecção pelo HIV acaba centrando no sujeito (informado, ou no não informado) a responsabilidade pelo crescimento do número de novos casos de HIV e Aids. As políticas de prevenção às DSTs foram e continuam sendo orientadas pela ênfase na transmissão de informações, ou seja, a mudança no agir depende, fundamentalmente, de informações adequadas (Pimenta, 2004). Esta suposição deixa de fora considerações acerca da determinação histórico-social do sujeito: a falta da moradia e da alimentação, a baixa escolaridade, o desemprego ou o salário insuficiente, a miséria, a pobreza, a violência, a dependência econômica, a opressão social e sexual, entre outros. Estes também são obstáculos à adoção das estratégias de prevenção ao HIV (Costa-Couto, 2007).

Como forma de compreender a transposição frente às demandas sociais e históricas do conceito de Risco para o de Vulnerabilidade à Aids utiliza-se a periodização proposta por Mann e Tarantola (1996), autores estes que dividiram as construções sobre o termo em três períodos: descoberta (1981-1984), primeiras respostas (1985-1988) e período atual (Ayres et al. 1999; 2003). O primeiro período se caracteriza pela descoberta da epidemia, o foco era identificar os fatores de risco associados à nova doença. Como os primeiros casos de Aids ocorreram na população homossexual masculina, os estudos priorizaram o conhecimento das especificidades do comportamento e das práticas sexuais desse grupo, tendo em vista que a investigação dos fatores de risco lança mão de procedimentos probabilísticos, neste contexto, ao caracterizar um fenômeno de saúde e doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características cuja associação probabilísticas com o agravo em estudo pareçam relevantes. Mais tarde percebeu-se o aumento dos casos entre pessoas que usam drogas injetáveis e entre prostitutas, conduzindo à formulação do conceito de grupo de risco. Frente a essa construção, teórico-conceitual epidemiológica, tinha-se como pressuposto que a causa da infecção pelo HIV era centrada na responsabilização do sujeito, suas atitudes e práticas individuais (Ayres et al. 2006; Ayres, Calazans, Salletti-Filho & França-Jr, 2003).

Os dados epidemiológicos que identificaram certos grupos populacionais nos quais as chances de encontrar pessoas com a doença eram maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como instrumento de prevenção, pois o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em grupo de risco, ocasionando o isolamento sanitário de tais grupos, como proposta de prevenção no início da epidemia. A mídia e a opinião pública se encarregaram de estender essa quarentena a outros aspectos da vida social, provocando nos indivíduos portadores do vírus uma verdadeira morte social (Ayres, Calazans, Salletti-Filho & França-Jr, 2003).

Alguns aspectos foram essenciais para a transformação das práticas preventivas diante do HIV/Aids, entre elas se destacam o isolamento laboratorial do vírus em 1983, fator primordial que contribuiu para delimitar o caráter transmissível da doença, e o licenciamento de um teste diagnóstico em 1985 que identificava anticorpos para o HIV abriram novas possibilidades para as práticas de saúde pública. O caráter pandêmico da epidemia também foi fundamental a diversidade das epidemias: em 1983 foram identificados os primeiros caso na África, sendo de caráter predominante heterossexual, em 1985, já havia a notificação de pelo menos um caso em cada um dos continentes, os quais apresentavam perfis epidêmicos diferentes nos diversos países (Ayres, Calazans, Salletti-Filho & França-Jr, 2003).

A segunda fase é caracterizada pelas reivindicações e lutas sociais, no qual o conceito de grupo de risco é criticado pelo movimento social gay norte-americano. A dinâmica de evolução da epidemia e a geração de estigma, discriminação e exclusão de homens que fazem sexo com homens (HSH), demonstraram a inadequação do conceito de risco, suas construções discursivas e categorias de análise. Esse mesmo grupo propôs o uso do preservativo nas relações sexuais visando à proteção e a defender seus modos de vida. A partir destas reivindicações a expressão grupos de risco foi trocada pelo comportamento de risco, deslocando o problema de grupos sociais específicos e ampliando para toda a sociedade a preocupação com a epidemia (Costa-Couto, 2007; Ayres et. al. 2006).

Contudo a adoção do conceito de comportamento de risco também se mostrou insuficiente para deslocar dos sujeitos a responsabilidade individual pela adoção das práticas preconizadas nas estratégias de prevenção. Ao contrário, reforçou culpabilização individual pela adoção de comportamentos mais ou menos perigosos e arriscados como se esses dependessem apenas da veiculação de informações e da vontade. Isto significa, por exemplo, que a ideia de que ter múltiplos parceiros é sinônimo de comportamento perigoso e arriscado. O problema é que isto menospreza o significado de segurança e risco, porque se a pessoa tem

apenas um parceiro sexual infectado pelo HIV e não usa preservativo, se encontra em risco aumentado (Costa-Couto, 2007). Neste quadro Ayres et al. (2006, p. 395) relata:

A crítica ao uso da expressão “comportamento de risco” foi realizada pela primeira vez pelo movimento social de defesa dos direitos das mulheres. Esse movimento operou crítica sobre modelos de prevenção de base teórico conceitual sócio comportamental. Vinculou a essa discussão o conceito de *empowerment*³ para demonstrar que a mudança de comportamento [...] é condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídicos e até policial, desigualmente distribuídos [...].

Por isso, a simplificação explicativa do insucesso das estratégias de prevenção centradas na responsabilidade e culpabilidade individual, decorrente de atos volitivos, deveria ser repensada.

Na terceira fase de resposta à epidemia proposta por Mann e Tarantola (1996) o HIV atinge de forma mais dura os grupos mais pobres das populações. Mesmo nas sociedades desenvolvidas e ricas são as periferias das grandes cidades as mais atingidas. Ao mesmo tempo, os avanços tecnológicos no campo do diagnóstico e do tratamento trouxeram novas perspectivas de enfrentamento da doença e uma maior qualidade de vida. Os novos rumos da Epidemia motivou um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Universidade de Havard, naquele momento vinculados a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião do programa das Nações Unidas para a Aids (Unadis), a propor no início da década de 1990, um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia de aids, a análise de vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Mann, Tarantola & Netter, 1993).

A necessidade de ampliação, transposição, do conceito de risco como marcador social mostrou-se insuficiente e inadequada para o enfrentamento da epidemia porque, tomada

³**Empowerment** ou “empoderamento” – na sua melhor tradução adotada para a língua portuguesa.

enquanto medida probabilística de infecção e adoecimento pelo HIV permaneceu restrita à infecção e à doença. No entanto, auxiliou na identificação e discriminação dos segmentos sociais enquanto potenciais agentes de disseminação da epidemia. Mas, por outro lado, a fidelidade ao próprio arcabouço teórico-metodológico da epidemiologia delimitou seu potencial investigativo e permitiu a apreensão dos diversos e diferentes fatores relacionados à epidemia. A identificação epidemiológica dos grupos populacionais com maior probabilidade de encontrar pessoas infectadas pelo HIV e a extensão indevida do conceito, posteriormente criticada pelos movimentos sociais e pela academia, favoreceram sua superação e o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade (Costa-Couto, 2007). Como afirmam Ayres et al., (2003, p. 129-130)

[...] cada etapa [...] subsumi a anterior, incorporando-a de uma forma mais rica em outra que embora se possam recusar alguns de seus aspectos problemáticos, sustenta o que nela há de necessidade mais legítima e [...] inaugura outras tantas áreas de conflitos, desafios e interesses.

O conceito de vulnerabilidade começou a ser trabalhado na área dos Direitos Humanos e, mais tarde, foi incorporado ao campo da saúde com os trabalhos realizados sobre Aids na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann, Tarantola e Netter (1993), ao apresentarem uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. Segundo os autores, o comportamento individual seria o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justificaria focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Deste modo, propõem uma estrutura de análise que incorpora ao comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. O primeiro refere-se à autoavaliação, através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o *status* social e o acesso à informação, avaliando-se pode ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da

epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. As formulações sobre a vulnerabilidade e sua disseminação na produção sobre a epidemia propostas por Mann, Tarantola e Netter (1993) e a sequência das mesmas ideias apresentadas no texto de Mann e Tarantola (1996) foram fundamentais para superação do uso da palavra *risco* associada aos termos grupo e comportamento.

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993), Ayres (2002), no Brasil, aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a Aids, ou vulnerabilidade programática.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *locus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (Ayres, 2002).

O conceito de vulnerabilidade, hoje incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, pode ser resumido como "o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas

individuais, mas também coletivos [e] contextuais" (Ayres, et al, 2003, p. 123) que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados o individual, o social e o programático ou institucional, os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?

Os componentes da vulnerabilidade individual que têm sido pontuados pelos estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (Ayres et al., 2003). Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados, nesse quadro conceitual, como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los.

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à

possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (Ayres et al., 2003).

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade conecta os componentes individuais e sociais. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e aperfeiçoar seu uso. O componente programático orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em consideração elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando "a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço" (Ayres et al., 2003, p. 127). As três dimensões podem ser observadas na

Tabela 1:

Tabela 1: Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade

Individual	Social	Programática (Ênfase no setor Saúde)
Valores	Normas Sociais	Compromisso Político dos Governos
Interesses	Referencias Culturais	Definição de Políticas Específicas
Crenças	Relações de Gênero	Planejamento e Avaliação das Políticas
Credos	Relações de Raça/Etnia	Participação Social no Planejamento e
Desejos	Relações entre gerações	Avaliação
Conhecimentos	Normas e Crenas	Recursos Humanos e Materiais para as
Atitudes	Religiosas	Políticas
Comportamentos	Estigma e Discriminação	Governabilidade
Relações Familiares	Emprego	Controle Social
Relações de Amizade	Salário	Sustentabilidade Política, Institucional e
Relações Afetivo-Sexuais	Suporte Social	Material da Política.
Relações Profissionais	Acesso a Saúde	Articulação Multissetorial das Ações
Situação Material	Acesso a Educação	Atividades Intersetoriais
Situação	Acesso a Justiça	Organização do setor Saúde
	Acesso a Cultura, Lazer e	Acesso aos Serviços

Psicoemocional	esporte.	Qualidade dos Serviços
Situação Física	Acesso à Mídia	Integralidade da Atenção
Redes e Suportes	Liberdade de Pensamento	Equidade das Ações
Sociais	e Expressão	Equipes Multidisciplinares
	Participação Política	Enfoques Interdisciplinares
	Cidadania	Integração entre Prevenção, Promoção e Assistência;
		Preparo técnico científico dos profissionais e equipes
		Compromisso e Responsabilidade dos Profissionais;
		Respeito, Proteção e Promoção de Direitos Humanos;
		Participação Comunitária na gestão dos Serviços;
		Planejamento, Supervisão e Avaliação dos Serviços;
		Responsabilidade Social e Jurídica do Serviço

Adaptado de Ayres et al., 2006

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que *as pessoas não são*, em si, vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da Aids. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade.

2.1.1 Vulnerabilidade e direitos humanos: uma perspectiva na Intersubjetividade

Há cerca de três décadas, após a eclosão da epidemia de HIV/Aids, vêm ocorrendo transformações nos cenários das práticas de saúde, fruto da inquietação de profissionais, ativistas, pesquisadores e gestores frente às respostas que precisam ser dadas a urgentes necessidades de saúde nos contextos cada vez mais complexos da sociedade contemporânea. Durante este período de estudo e pesquisas, em várias áreas profissionais, vem-se

desenvolvendo trabalhos que com suas especificidades, já almejavam a construção de práticas mais capazes de responder às suas responsabilidades com eficácia e eficiência instrumental. O advento da epidemia as reuniu, impulsionou, criou sinergias, abriu novos horizontes de diálogo, estruturou espaços integrados de ação. O que resultou foi à construção de novas práticas conceituais, técnicas e políticas sistematizadas, o que levou a teoria da vulnerabilidade a abranger novos conceitos e especificidade, referidas como o quadro da vulnerabilidade e direitos humanos (V&DH) (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

Estas transformações e o desenvolvimento progressivo da teoria ocorreram devido à especificidade do contexto brasileiro, o qual apresenta uma série de características que conferiu peculiaridade ao modo como o quadro foi sendo desenvolvido ao longo dos anos 1990. Como afirma Ayres, Paiva e Buchalla (2012):

O ambiente politizado do processo de redemocratização do país, a reforma sanitária em curso com a construção do sistema único de saúde (SUS); as propostas de modelos de atenção integral à saúde; a mobilização de grupos da sociedade civil organizada frente à epidemia da Aids, em movimentos de construção de solidariedade e de defesas de direitos; todos estes aspectos ajudam a compreender o porque no Brasil, como talvez em nenhuma parte do globo, o quadro de V&DH e sua incorporação à formulação de políticas públicas e ações de saúde tenham alcançado trabalhos expressivos (p. 12).

Devido a todos estes fatores e uma crescente necessidade junto do ambiente acadêmico e dos movimentos sociais observa-se uma progressão da própria teoria da vulnerabilidade, que nos últimos anos vem assumindo um caráter mais radical, no sentido de buscar novas bases epidemiológicas e técnicas rumo a propostas de reconstrução das práticas de saúde. Nesse sentido a teoria vem buscando superar a fatoração dos determinantes contextuais na explicação de vulnerabilidades, trabalhando-se com **totalidades**

compreensivas (grifo dos autores), nas quais os significados dos diversos aspectos individuais sociais e programáticos implicados na exposição à infecção e adoecimento sejam sempre mutuamente referidos (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

No sentido definido pelos autores do que seja as **totalidades compreensivas** faz-se necessário abordar e compreender a progressão que ocorreu desde o modelo de historia natural da doença (HDN) e níveis de prevenção (NP), pois os mesmos permitem distinguir dois períodos envolvidos na gênese e desenvolvimento dos adoecimentos: o pré-patogênico, que se refere aos determinantes que potencializam o surgimento das doenças, sobre ele se desenvolve a prevenção primária, no qual se procura intervir sobre os agentes patogênicos e seus vetores, sobre os hospedeiros e sobre o meio que os expõe a esses patógenos. Esta prevenção se divide em dois níveis: a promoção de saúde – ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida, criando obstáculos para os processos patogênicos, como educação, saneamento, moradia, trabalho, cultura, entre outro -; e a proteção específica – voltam-se ações apenas para determinadas doenças ou agravos, como na vacinação (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

O período patogênico diz respeito às evoluções possível da doença em curso, neste artifício atua a prevenção secundária, pois ela visa propiciar a melhor evolução clínica para os indivíduos afetados, procurando conduzir o processo para desenlaces favoráveis e também reduzir a disseminação da patologia. Como forma de atingir estes objetivos são definidos mais dois níveis de prevenção: o diagnóstico precoce/tratamento imediato e a limitação de incapacidades. Por fim a prevenção terciária refere-se ao desfecho do quadro patológico – morte, cronificação, seqüela e cura -, neste plano o objetivo é conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pelo adoecimento ou agravo, quando existirem,

prejudiquem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Frente ao contexto exposto a Promoção de Saúde (PS) é descrita como um poderoso movimento de ideias e ações para a renovação das práticas de saúde, guardando relações com o nível primário de prevenção do modelo HND/NP, mas produzindo mudanças significativas. De forma significativa, este conceito pode ser definido como a politização e busca de identificação do diálogo dos diversos saberes científicos e técnicos com os valores de indivíduos e comunidades em sua vida cotidiana, de forma que estes aumentem progressivamente o seu controle sobre os determinantes dos processos de saúde-doença, do cuidado de saúde a que têm acesso, para tanto sete princípios orientadores devam ser desenvolvidos: Concepção integral de saúde; Intersetorialidade (articulação de diferentes setores de atividade social); *Empowerment*; Participação Social; Equidade; Ações multiestratégicas e Sustentabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Apesar da significativa aceitação de seus princípios, a Nova Promoção de Saúde (NPS) enfrenta ainda grandes desafios para sua consolidação, por um lado houve avanços como redução do tabagismo, a descentralização e regionalização do planejamento das ações, com maior autonomia das instâncias municipais, a maior penetração da preocupação com a promoção de saúde em instituições hospitalares e a formação de um grande contingente de profissionais no tema. Contudo, ainda se mantém uma crescente diferença entre ricos e pobres quanto a indicadores econômicos, sociais e de saúde; a deterioração das condições de moradia de segmentos sociais marginalizados; o aumento da incidência de diabetes juvenil e obesidade em jovens mais pobres. Estas limitações esta vinculada ao fato das ações de promoção da saúde permanece excessivamente centradas no setor saúde, nos saberes biomédico e na educação cujo objetivo é a mudança de comportamentos pessoais (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

É neste contexto que se insere o conceito de vulnerabilidade e direitos humanos como foco para mudanças, pois o mesmo tem como objetivo fortalecer a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde doença, instituir critérios para estabelecer prioridades com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade, e para definir quem responsabilizar pelo processo decisório sobre essas prioridades. Assim vulnerabilidade alinha-se em diversos aspectos a PS, na medida em que ambos buscam compreender e transformar desde uma perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos de HND/NP, no qual o enfoque da vulnerabilidade promove também um significativo rearranjo dos momentos analíticos desse modelo, pois o quadro da vulnerabilidade assume que as mútuas interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às condições de origem do agravo, mas o determinam ao longo do curso do processo patogênico. Esta concepção considera também que as características dos processos saúde e doença são diretamente determinadas pelo conjunto de saberes, tecnologias e serviços que já estão atuando na realidade estudada. A intervenção apresenta um triplo enfoque, prevenção/tratamento/reabilitação, compreendendo que ela não é apenas solução, mas parte do problema em estudo, sendo concebida no processo a tríade saúde-doença-cuidado (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Outra especificidade é que no quadro da vulnerabilidade não existe um agente que seja em si mesmo agressor, pois ele só é percebido como tal frente às e características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros que estão entrelaçadas, dependentes mutuamente, ao ambiente cultural e sociopolítico e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem. Assim, não existe um único e necessário modo de descrever os determinantes, distribuição e desdobramento de um processo saúde-doença-cuidado, portanto, o quadro da vulnerabilidade demonstra é que não há uma história natural da doença, senão uma história social das mesmas, não só porque são sociais e históricos os conteúdos desta história, mas porque social e histórica é também a forma de conta-la, pois

dependerá da perspectiva teórica, ético-política de quem a descreve assim como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A partir do exposto compreende-se, portanto, porque o quadro da vulnerabilidade é uma abordagem baseada nos direitos humanos, pois ela compreende a história do sujeito, focalizando com ênfase, a responsabilidade e a ação de governos e dos programas públicos de saúde como parte integral dos determinantes contextuais e sociais no processo saúde e doença. Esta responsabilidade está implicada desde a dimensão individual na medida em que esta é concebida como da esfera da pessoa que é sujeito de direito – direito à saúde integral, à não discriminação, à consideração de sua condição na promoção da equidade. Neste quadro o Governo e os programas devem garantir a todos o acesso a insumos de prevenção ou aos serviços de atenção à saúde (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

O quadro dos direitos humanos oferece, portanto, um ponto de referência para análise da epidemia porque identifica situações potenciais de vulnerabilidade, oferecendo marcadores da violação de direitos e um guia para planejar ações ao identificar populações e grupos que tendem a ser discriminados, a ter seus direitos violados. Para haver uma identificação e superar a vulnerabilidade social, individual e programática ao HIV/Aids deve-se considerar cada pessoa como sujeito de direito e examinar o quanto e como os governos regulamentam, protegem e efetivam os direitos consagrados nas definições de cidadania de cada local, assim como no contexto legal e político nacional (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Nesse sentido, também, é que se tem buscado superar a dicotomização entre o individual e o coletivo no manejo das três dimensões constitutivas das análises de vulnerabilidade havendo uma progressão e reformulação de alguns conceitos e inclusão de uma dinâmica mais viva e interligada (Tabela 2):

a) O individual, compreendido como intersubjetividade, isto é, como identidade pessoal permanentemente construída nas relações eu-outro, sendo visto como ativo construtor, e não apenas resultado das relações sociais. Parte do princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. Privilegia-se apreender a dimensão individual da vulnerabilidade na totalidade conformada pela dinâmica psicossocial expressa no grau de qualidade das informações de que uma pessoa dispõe, no modo como ela elabora essas informações e no poder que têm para incorporá-las às suas práticas cotidianas, ou seja, dinâmica que realiza as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar estas práticas. Lembrando que o princípio da participação depende da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidas como cidadã plena, como sujeito de direitos. Ou seja, as pessoas em contexto, como sujeitos de seus cotidianos, lidam diariamente com discursos e valores conflitantes, bem como desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de rede sociais, relações comunitárias e familiares, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

b) O social, sempre como contexto de interação, isto é, como os espaços de experiência concreta da intersubjetividade, atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais, pobreza, exclusão social ou os modos de inclusão que mantêm a desigualdade, no qual busca exatamente focar aspectos contextuais que conformam a vulnerabilidade individual (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

No contexto social assume-se o pressuposto de que a cultura engloba um conjunto de códigos e de sistemas de significação e de classificação social, através dos quais se atribuem sentido às coisas, que são passíveis de serem compartilhadas por um grupo. Tais significados e classificações permitem que se construa certo consenso acerca do mundo em que se vive, os quais são ativamente produzidos, disputados e modificados no interior da rede de poder-saber. Neste contexto, estes códigos e sentidos produzidos no contexto da própria cultura ou do grupo social operam nos indivíduos que as compõem como se eles fossem universais ou únicos e, portanto, melhores, mais verdadeiros e mais adequados que os outros; por isso mesmo, supõe-se que estes deveriam ser adotados por todos os demais grupos (Meyer & Félix, 2012).

c) O programático, formas institucionalizadas de interação, isto é, como conjunto de políticas, serviços e ações são organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes. É preciso saber como as políticas e instituições, especialmente aquelas de saúde educação, bem-estar social, justiça e cultura, atuam como elementos que reduzem, produzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seu contexto. O foco orientador das análises e ações baseadas na V&DH passa a ser menos as identidades pessoais/sociais, do que as relações sociais que estão na base de situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de direitos humanos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

Tabela 2 – Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos, dinamicamente em seus contextos*;	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural;	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal	Liberdade Mobilização e participação Instituições e poderes	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade
Recursos pessoais Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social	Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos	Articulação Multissetorial Governabilidade
Subjetividade Intersubjetividade Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitude em Contexto* Gestos em Contexto* Falas em Contexto* Interesses em Contexto* Momento Emocional	Acesso a: Emprego/Salário Saúde Integral Educação/Prevenção Justiça Cultura Lazer/Esporte Mídia/Internet	Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência; Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Adaptado de Ayres, Paiva e França Jr. (2012)

Compreende-se, portanto, que os construtos aqui apresentados são frutos de experiência sociais em constante transformação, devendo ser compreendidos em sua historicidade, limites e alcances. Como afirma Ayres, Paiva e França Jr. (2012) que a comunidade científica precisa receber esses conceitos como um precioso legado, expressão concreta de necessidade de saúde construída sócio historicamente, muito dos quais ainda não totalmente aplicados ou desenvolvidos. O exame crítico de seu desenvolvimento histórico, de suas relações com as práticas, ajudará a utilizar adequadamente e superar sempre na direção de uma saúde pública mais efetiva, justa e democrática. É neste sentido, que o presente trabalho aborda a vulnerabilidade, compreendendo enquanto um construto vivo que se

modifica e reafirma nas relações diárias, no campo de saber e na consciência do indivíduo que interage e vivencia suas crenças na luta ou na negação de seus direitos.

2.2 Atitudes: Conceitos e construção Histórica

Atitudes é um dos principais construtos dentro da psicologia e continua a ser um foco importante de teoria e pesquisa em ciências sociais e comportamentais, como evidenciado pela proliferação de artigos, capítulos e livros sobre temas relacionados com a atitude publicados desde a sua construção até 2001 (Ajzen, 2001). Entre seus antecedentes citam-se os estudos de Fere em 1888 e Langen 1889, em uma revisão histórica Olsson e Phelps (2007), que tinham como foco de estudo as “Atitudes Motrizes”, mais especificamente as medidas de atividade eletrodérmica que refletiam a presteza das glândulas sudoríparas, observando as mudanças na resistência da pele, quando uma pequena corrente externa era passada.

Contudo, a partir de 1920, novo foco de estudo se origina, o que acarreta novo desenvolvimento teórico e implicações para as medidas dentro da psicologia, neste enfoque é necessário distinguir a noção comum e o conceito científico de atitude. No primeiro, a atitude significa um ato, uma postura do corpo ou o sentido de um propósito. Mas como conceito, a atitude representa um esquema mental que efetua a mediação entre o pensamento e o comportamento, não podendo ser observável.

Os estudos dentro da psicologia ganham força a partir de Thomas e Znaniecki (1918, apud Gouveia, Fonsêca, Milfont & Fischer, 2011) em sua obra *O campesino polonês*, no qual os autores introduzem os conceitos de atitudes e valores, procurando diferenciá-los. Neste intuito eles definem atitudes como o processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social, no entanto, para os autores, as atitudes correspondem à parte individual dos valores sociais, entendendo que o último é

qualquer dado que apresente um conteúdo empírico acessível aos membros de um dado grupo social, com um significado que é ou pode ser objeto de atividade.

Frente a uma revisão dos conceitos Ajzen (2001), relata que em 1931, Thurnstone amplia os estudos nesta área, definindo atitudes como um afeto pró ou contra um objeto psicológico. A partir de então se insere as medidas das atitudes em psicologia. No entanto, como diversos construtos nesta área, não são possíveis observar diretamente as atitudes, sendo suas medidas inferidas a partir de respostas observáveis, com objetos específicos, os quais são definidos como objetos atitudinais ou objetos de atitudes, abrangendo uma gama de possibilidades, desde lugares, pessoas, eventos, produtos, comportamentos entre outros.

Em 1935, Gordon Allport escreveu um dos mais influentes capítulos para o Manual de Psicologia Social, a "*Attitude*". O autor forneceu a base dos estudos iniciais, com seus significados, observando que atitude tinha sido usada nas artes para se referir à postura de uma figura em uma pintura ou escultura. Essa conotação era evidente no que estava entre os primeiros usos do termo na psicologia experimental - no âmbito do estudo do tempo de reação. Começando com esses traçados iniciais e revisando um grande número de definições que tinha sido oferecido, o autor propõe, o que é certamente a mais amplamente conhecida das definições iniciais: "atitude é um estado mental e neural de prontidão, organizado através da experiência, exercendo uma diretiva influência dinâmica da resposta do indivíduo a todos os objetos e situações com as quais se relaciona" (Allport, 1935, p. 810).

As definições apresentadas até este período, primeira fase dos estudos de atitude, destacam primordialmente a vertente individual e sua influência para a ação, entretanto, estudos posteriores, incluindo o de Fishbein e Ajzen (1975); Ajzen (2001); Fazio (2007) e Eagly e Chaiken (1993); apresentam como foco do conceito seu poder de avaliação. Pode-se dizer que existe um consenso entre estes autores, os quais descrevem atitude como uma

avaliação sumária de um objeto psicológico em seu atributos dimensionais como bom-ruim, nocivo-positivo, prazeroso -desagradável, gostável-não.

Quanto à formação de atitudes, desde o surgimento da teoria sempre se acreditou em três componentes, cognitivo, afetivo e comportamental. A categoria cognitiva é composta por crenças, pensamentos, percepções e informações acerca do objeto atitudinal. A categoria afetiva abrange os sentimentos e emoções associadas ao objeto da atitude. Por fim, e mais polêmica, a categoria comportamental, inclui ações e ou intenções para agir (Neiva & Mauro, 2011). Frente a esta definição Fazio e Olson (2003) relatam que o modelo de três componentes descreve a estrutura interna das atitudes de uma maneira muito conveniente, pois distingue claramente as categorias de resposta por suas definições e parece exaurir o universo de possibilidades de respostas atitudinais.

No que tange ao componente cognitivo, o mesmo inclui percepções, conceitos e crenças acerca dos objetos atitudinais, entretanto Lines (2005) irá definir estes termos de forma mais congruente ao descrever para que ocorra uma carga afetiva, avaliativa, a favor ou contra um objeto social específico, é necessário que o mesmo tenha alguma representação cognitiva, neste sentido, para o referido autor, é inconcebível pensar em atitude se o componente cognitivo não estiver presente.

Na perspectiva de Neiva e Mauro (2011), o componente afetivo tem conotação avaliativa e representa um sentimento positivo ou negativo vinculado a um objeto, determinando uma atitude. Para Triandis (1996) este componente é descrito como as sensações que um objeto atitudinal provoca no indivíduo, o qual, na maioria das vezes, é determinado pela associação do objeto atitudinal com as sensações agradável ou desagradável. Dentro dos enfoques de estudo da teoria das atitudes, as pesquisas sempre procuraram compreender a relação entre os componentes cognitivos e afetivos e como estes desencadeavam o comportamento, tendo em vista que as atitudes que apresentam uma

consistência afetivo-cognitiva têm maior validade como preditoras do comportamento subsequente. Embora não haja evidência de que os resultados afetivo-cognitivos de consistência relativamente estável em atitudes verbais, demonstrem nenhum suporte empírico para apresentar a ideia de que a consistência estrutural está relacionada à validade preditiva (Norman, 1975).

Como exemplo cita-se os três estudos realizados por Norman (1975), com estudantes, para investigar a relação entre os componentes afetivo-cognitivos das atitudes e à consistência e força da relação atitude-comportamento. Em cada estudo foram avaliados os componentes afetivos e cognitivos das atitudes dos alunos em direção a se tornarem voluntários para uma pesquisa psicológica, e posteriormente foi apresentado a estes alunos oportunidade para se voluntariarem como sujeitos de um experimento. Tinha-se como hipótese que os alunos que mostrassem alta consistência afetivo-cognitivo estavam mais propensos a agir de acordo com a atitude. Os dados não ofereceram forte apoio para esta previsão. No geral, os resultados indicam a importância de avaliar tanto os componentes afetivos e cognitivos das atitudes e identificar aqueles cujos relatórios verbais têm consequências para o comportamento.

O resultado da pesquisa de Norman se encontra em congruência a vários questionamentos de Fishbein e Ajzen (1975) e Ajzen (2001), sobre a correlação entre atitudes e comportamentos, tendo em vista que elas não apresentam grande base empírica. Ao se questionar sobre a validade das atitudes com precursora do comportamento Fazio (2007) relata que a resposta mais correta é “às vezes”, sugerindo que os pressupostos relativos à correspondência de comportamento não deve ser uma parte da própria definição de atitude. Uma definição que inclui tal critério é aberta a circularidade, mas essencialmente a questão da consistência entre atitude-comportamento. Assim, a própria definição não permite a possibilidade de que uma multiplicidade de fatores pode desempenhar um papel em determinar se a atitude de um indivíduo é evidenciada em comportamento em uma dada

situação. Em vez de prejudicar a relação atitude-comportamento, qualquer definição de atitude deve deixar o assunto aberto à investigação teórica e empírica.

2.2.1 Atitude e Comportamento

A relação entre atitudes e comportamentos levaram ao surgimento de severas críticas e questionamentos, devido ao fato que um único comportamento é influenciado por vários outros fatores, além das atitudes. Devido às críticas e inconsistências nos estudos referentes a esta temática, as pesquisas que tem como foco observar esta correlação pode ser dividido em três fases. A primeira fase, que está caracterizada logo no início do desenvolvimento dos conceitos de atitude, questionava se seria possível prever o comportamento a partir da atitude. Este período sofreu grande influência do estudo de LaPiere, realizado nos EUA em 1934, no qual ficou patente uma nítida contradição entre a atitude verbalizada e o comportamento realizado. Este estudo tinha como objetivo estudar o preconceito dos norte-americanos, relativamente à minoria chinesa. Neste âmbito, o pesquisador, homem branco e de boa aparência, percorreu 66 hotéis e 184 restaurantes e cafés em diversas cidades americanas com um casal de chineses e só em raros casos encontrou resistência por parte dos proprietários dos estabelecimentos. Seis meses depois, La Pierre enviou uma carta para todos os locais onde já tinha passado com o casal de chineses com o intuito de perguntar se aceitavam indivíduos de raça chinesa como hóspede. Dos 81 restaurantes e 47 hotéis que responderam, 92% disseram que não e os restantes responderam que “dependia das circunstâncias”. Conclui-se, deste modo, que as pessoas não hesitavam em assumir os seus preconceitos em situação de anonimato, mas já não o faziam em situação de face-a-face. Estes resultados apontavam para o efeito contextual das atitudes, ou seja, a maneira de agir do indivíduo depende do contexto em que este está inserido, o que significa que não se pode impor à atitude o caráter de prever o comportamento (Lima, 2004).

Na segunda fase das investigações acerca das relações entre atitude e comportamento, a pergunta básica era: Quais as condições e em qual contexto o conhecimento da atitude permite inferir a manifestação de um comportamento? (Mangard & Channouf, 1996). Neste sentido, um grande número de estudos tem procurado responder a esta pergunta, orientados pela teoria da ação racional de Fishbein e Ajzen, sendo que a maioria destas pesquisas se tem voltado para a análise das intenções de comportamentos preventivos da saúde. Esta nova abordagem melhorou a previsibilidade do comportamento a partir da atitude, sendo este período vinculado ao modelo expectativa-valor, o qual assume que as pessoas adotam uma posição baseada na avaliação refletida dos valores e dos seus possíveis efeitos. De forma mais específica o componente expectativa de uma atitude refere-se à instrumentalidade percebida do objeto da atitude relativamente aos objetivos da pessoa, ou seja, à percepção de que o objeto da atitude tem certos atributos. O componente valor refere-se à avaliação dos objetivos ou dos atributos relacionados com o objeto da atitude. Uma atitude será, pois, o resultado da soma de expectativas ou crenças avaliativamente ponderadas, ou seja, consideram as atitudes um importante determinante do comportamento, que é mediado pela intenção de realizar o mesmo (Vala & Caetano, 1993; Fishbein & Ajzen, 1975). Montinho e Roazzi (2010) descrevem que estes modelos inferem certo controle volitivo do indivíduo, através da intenção de se comportar. Entretanto, os modelos de expectativa-valores parecem silenciosos em relação aos comportamentos que não são necessariamente mediados pela intenção comportamental, isto é, os espontâneos.

A terceira fase caracterizou-se pelo predomínio dos modelos comportamentais, no qual o comportamento é predito por meio de atitudes frente ao objeto, sem particularizações de passos intermediários (Neiva & Mauro, 2011). Este bloco de estudos da consistência entre comportamento e atitude não se identifica com um pesquisador principal, como nas fases anteriores, mas, ao contrário, associa-se a várias equipes que têm procurado desenvolver

modelos que possam responder à seguinte pergunta: "como é que o comportamento se repercute na atitude?" (Mangard & Channouf, 1996). Contudo, a principal perspectiva vinculada nesta fase, que abarca o presente momento, são as atitudes ativadas por processamentos espontâneos, tendo como papel de destaque os aspectos automáticos e implícitos do processamento humano de informação. A menos que as atitudes sejam pensadas para ter alguma forma de existência dentro do indivíduo, deixa-se de reconhecer a importância da aprendizagem prévia para o julgamento avaliativo atual (Fazio, 2007). Deste modo, enquanto até à segunda fase se admitia que o comportamento fosse determinado pela atitude, à terceira fase será marcada pelo predomínio de modelos comportamentais, fundados na crença de que a atitude pode ser derivada da ação.

As teorias, anteriormente citadas parecem silenciosas em relação aos comportamentos que não são necessariamente mediados pela intenção comportamental – espontâneos. Neste sentido uma das vertentes teóricas surgiu como abordagem alternativa às teorias que se baseiam no modelo expectativa-valor, onde o comportamento é predito através de ativação frente ao objeto, sem passar necessariamente por passos intermediários ou intencionais. O Modelo MODE (Motivação e Oportunidade como determinantes), o qual foi primeiramente proposto por Fazio e colaboradores em 1982, testado em uma variedade de maneiras em pesquisas, e mais sistematicamente delineada em um capítulo de revisão por Fazio em 1995. Nesta concepção as atitudes podem ser vistas como objeto de avaliação que estão apresentadas em associações na memória (Fazio, 2007).

O modelo define atitudes como as associações entre um objeto dado e uma avaliação sumária do objeto determinado - as associações que podem variar em intensidade e, portanto, na sua acessibilidade na memória. Assim, as atitudes são definidas como avaliações sumárias. No entanto, isso não deve implicar que as atitudes são necessariamente baseadas em crenças

em juízos de favorabilidade. O termo "avaliação" é utilizado amplamente para incluir não apenas as avaliações analíticas, mas também as reações afetivas (Fazio, 2007).

A atitude pode ser baseada em avaliações dos atributos que caracterizam o objeto, como na expectativa de valor. Ela pode ser resultado de reações emocionais do objeto o que evoca atitude, como no caso de respostas emocionais condicionadas. Ela pode ser baseada em comportamentos e experiências passadas com o objeto. Ou, ela pode ser baseada em uma combinação dessas fontes potenciais de informação de avaliação. Ligado a isso, a atitude pode ser o resultado de um processo de aprendizagem associativa bastante passiva. Os processos pelos quais a atitude foi formada e sua base informacional pode ter implicações para a força resultante da associação objeto-avaliação e, portanto, a acessibilidade da atitude da memória. No entanto, independentemente da forma como ela foi formada, a atitude é definida como a avaliação sumária, destituído de qualquer presunção sobre a consistência do comportamento (Fazio & Williams, 1986).

Outro aspecto crítico do modelo é que ele destaca variabilidade na força da associação objeto-avaliação. No que se referem à discussão da força das atitudes, várias questões são levantadas, porém nenhum consenso real está relacionado à sua construção e formação, entretanto algumas resoluções básicas podem ser descritas sobre esta variável e seu efeito, em concordância em alguns estudos, como Ajzen (2001) descreve: Quanto mais forte a atitude maior será o processamento seletivo de informações; resistência a mudanças; estabilidade ao longo do tempo; poder preditivo do comportamento. Fazio (2007) em seu modelo relata que algumas atitudes dos indivíduos são caracterizadas por fortes associações, outras são mais fracas. E, para outras ainda, nenhuma avaliação sumária pode estar disponível na memória, possivelmente porque o objeto caiu em um domínio que não carrega nenhum significado hedônico para o indivíduo em particular. Portanto, a força das atitudes estará vinculada pelas associações cognitivas armazenadas na memória.

Assim, entre pessoas e objetos, atitudes necessariamente variam com respeito à sua força associativa e esta variabilidade está vinculada como em um continuum entre atitude e não atitude. No final do continuum está inserido a não atitude: é o caso do indivíduo sem qualquer associação a priori de avaliação para o objeto. Devido à sua novidade ou a sua base em uma esfera de indiferença para o indivíduo, nenhuma declaração relevante de atitude está disponível na memória. À medida que o indivíduo avança ao longo do continuum, uma avaliação não só está disponível, mas também é mais fortemente associado com o objeto de atitude. Assim, para algumas pessoas, a associação objeto-avaliação pode ser tal que o objeto evoca a atitude, pois a ativação da associação ocorre automaticamente na memória sobre a mera observação ou menção do objeto de atitude (Fazio, 2007).

No que tange a força da atitude, outro atributo está imbuído nesta definição, a acessibilidade das mesmas, quanto mais forte for à atitude, mais acessível ela se apresenta, isto é, mais rápida é sua latência de recuperação dos dados e avaliações na memória. No modelo aqui exposto, Fazio e Williams (1986) demonstram que a acessibilidade está vinculada as redes associativas de memória, sendo a intensidade da associação entre a avaliação e o objeto atitudinal, o que é demonstrado através de sua velocidade de recuperação.

Outro atributo ou propriedade das atitudes que causa discussões e vários estudos na tentativa de compreender o fenômeno que os envolve se relaciona ao fator ambivalência, tendo em vista que é raro que qualquer objeto dado não possa ser caracterizado tanto por parte de alguns atributos considerados positivos, como por alguns considerados negativos. Isso cria o potencial para a experiência da ambivalência ao julgar o objeto ou tomar uma decisão de aproximação/evitação. Na medida em que o indivíduo não tem uma atitude acessível e é forçado a construir uma avaliação no local, em resposta a uma consulta verbal ou uma necessidade para a ação, o indivíduo pode experimentar a ambivalência se ambos os aspectos positivos e as características negativas do objeto são salientes (Fazio & Olson, 2003).

No entanto, a essência das formas mais racionais de desenvolvimento da atitude é uma integração de tais informações conflitantes em uma avaliação sumária. Uma vez formado e associado ao objeto de atitude, essa avaliação sumária efetivamente resolve a ambivalência. Assim, a ambivalente pré-decisão pode ser evitada pela ativação de uma avaliação sumária relevante desenvolvida em um momento anterior no tempo. De acordo com o modelo MODE, os indivíduos podem visitar o nível de atributo, se forem suficientemente motivados e tiverem a oportunidade de fazê-lo (Fazio, Jackson, Dunton & Williams, 1995). No entanto, quando qualquer motivação ou oportunidade está faltando, a avaliação sumária anterior vai predominar.

É importante notar que o potencial para reações ambivalentes a um objeto atitude se relaciona intimamente ao fato de que a maioria dos objetos pode ser interpretados de várias maneiras, um deles é pela posse óbvia do objeto de características positivas e negativas. No entanto, a ambivalência também pode ser vista como um problema de categorização, em muitas situações, pistas contextuais e motivações atuais podem promover uma categorização particular. Quando pistas contextuais não ditam o resultado da categorização, uma interpretação pode ainda ser mais provável a predominar sobre o outro em função de tendências do próprio indivíduo. Ambivalência é mais provável que decorra, não da ativação simultânea de sentimentos positivos e negativos, mas de mudança (possivelmente mudando rapidamente). Assim, é a maleabilidade do objeto atitude, não a maleabilidade da atitude ou a posse de várias atitudes em relação ao objeto, que dita à experiência da ambivalência (Fazio, 2007).

Ao ver atitudes como associações na memória, o modelo, obviamente, postula que a atitude pode "existir". Ou seja, se o indivíduo formou qualquer associação, avaliações, em seguida, a atitude é representada na memória. Sendo assim, atitude é simplesmente uma forma de conhecimento - o conhecimento avaliativo, mais precisamente - e é representada na

memória, assim como qualquer outro conhecimento é representado. Assim, o modelo MODE (Fazio, 2007) postula que as atitudes podem influenciar o comportamento de uma forma relativamente espontânea, na medida em que elas são ativadas automaticamente na memória no momento em que o indivíduo se depara com o objeto de atitude. Pela polarização das percepções do objeto na situação imediata, a atitude ativada pode solicitar atitudinalmente respostas comportamentais consistentes.

2.2.2 Mudanças de Atitudes

Os estudos que envolvem mudança de atitude são bem amplos e os enfoques iniciais abrangiam primordialmente o Conflito Cognitivo, como a principal base para que a mudança atitudinal ocorra. Partindo do princípio que os componentes das atitudes têm a tendência a se manter em consonância, quando ocorre uma discordância entre um dos componentes, principalmente o cognitivo ou afetivo, o indivíduo entra em conflito cognitivo tendendo a modificar os elementos para que novamente ocorra a consistência entre os mesmos (Neiva & Mauro, 2011).

Entre as principais teorias que envolvem o conflito cognitivo, destaca-se a Teoria do Equilíbrio de Heider de 1958 e a teoria da Dissonância Cognitiva de Festinger em 1957. Heider, que no início dos anos 40 dedicara especial atenção à questão da percepção da causalidade, introduz num artigo de 1944, que trata do princípio do equilíbrio cognitivo e propõe que o mesmo é estruturante da percepção das relações sociais entre indivíduos. Seja uma díade composta por *p*(pessoa) e *o* (situação) entre os quais é estabelecida uma relação que pode assumir um de dois estados: positivo (L+) ou negativo (L-). A hipótese de Heider (1944) é a de que: a) existe um estado de equilíbrio se uma entidade possui o mesmo caráter dinâmico em todos os sentidos, ou seja, $pL (+)o$ ou $pL (-)o$ para qualquer L; b) existe um estado de equilíbrio se todas as partes da unidade têm o mesmo caráter dinâmico e se

entidades com diferentes traços dinâmicos se encontrarem segregadas uma da outra; c) se não existir um estado de equilíbrio, desenvolver-se-ão forças no sentido de o estabelecer: ou mudarão os traços dinâmicos ou mudarão as unidades de relação mediante comportamentos ou reestruturações cognitivas. Tal significa que, numa díade, existe equilíbrio se as relações entre os dois elementos da díade forem ou só positivas ou só negativas (pL(+)o e oL(+)p ou então pL(-)o e oL(-)p. Caso contrário, existe um estado de tensão (não-equilíbrio) entre *p* e *o*, e verificar-se-á um movimento de reequilibrarão da relação.

A teoria propõe que quando o sujeito experimenta uma falta de equilíbrio, há um sentimento de tensão e uma tendência a alterar uma ou mais das possíveis relações entre os elementos, como pessoa percebida, evento, ideia ou coisas, para restaurar o equilíbrio. Heider relata que relações de sentimentos com base em atitudes favoráveis ou desfavoráveis são persistentes e que havia uma tendência geral a preferir conjuntos ordenados (equilibrado) a desorganizado. E por fim, as relações entre as unidades têm a tendência de incluir e classificar as unidades a partir de suas semelhanças, proximidades, destino comum, e assim por diante (Gutiérrez, 1997).

Na segunda vertente destacam-se os estudos de Festinger, o qual apresentou uma teoria muito influente - teoria da dissonância cognitiva -, que afirma que os elementos da atitude precisam manter consonância, portanto, quando acontece um conflito entre os elementos (mais provavelmente entre cognição e afeto), o sujeito é compelido a agir para eliminar descontentamento e agitação, para obter a melodia. A dissonância é uma condição suspensiva que leva a uma atividade que visa à redução da dissonância, da mesma forma que a fome leva a uma série de eventos que visam suprimir a fome. Essa motivação é muito diferente do que os psicólogos estão acostumados, mas não menos poderoso (Soczka, 2005).

Neste sentido, pode-se observar uma explicação de Leon Festinger sobre por que o culto apocalíptico, UFO, uma seita que se disseminou na América, aumentou o proselitismo

depois que os líderes e a profecia falharam. Em seu livro, *When Prophecy Fails*, ele diz que quando os alienígenas não destruíram a terra como o líder da seita havia previsto, o culto mudou sua mensagem para lição da dissonância. Eles aceitaram a nova profecia de que os alienígenas tinham poupado o planeta por causa deles. O autor observou que eles mudaram suas crenças para reduzir sua dissonância (Festinger, Riecken, & Schachter, 1956).

A dissonância e consonância são relações entre cognições, ou seja, entre opiniões, crenças, conhecimento do ambiente, e conhecimento de suas próprias ações e sentimentos. Duas opiniões, ou crenças, ou itens de conhecimento são dissonantes entre si, se eles não se encaixam juntos, isto é, se elas são inconsistentes, ou se, considerando apenas os dois itens especificamente, um não decorrer do outro. Dissonância produz desconforto e, correspondentemente, surgirão pressões para reduzir ou eliminar a dissonância. Tentativas de reduzir a dissonância representam as manifestações observáveis que existe dissonância. Tais tentativas podem tomar qualquer ou todas às três formas. A pessoa pode tentar mudar uma ou mais das crenças, opiniões ou comportamentos envolvidos na dissonância; para adquirir novas informações ou crenças que irão aumentar a consonância existente, fazendo assim com que a dissonância total seja reduzida, ou para esquecer ou reduzir a importância daquelas cognições que estão em uma relação dissonante (Festinger, Riecken, & Schachter, 1956).

Alternativamente, a dissonância seria reduzida ou eliminada para os membros de um movimento efetivamente cegos para o fato de que a previsão não foi cumprida. Mas as maiorias das pessoas, incluindo membros de tais movimentos, estão em contato com a realidade e não pode simplesmente apagar de sua cognição um fato tão inequívoco e inegável. Eles podem tentar ignorá-lo, no entanto, e eles costumam tentar. Eles poderiam convencer-se que a data estava errada, mas que a previsão será, afinal, logo confirmada, ou podem mesmo definir outra data. Para a racionalização ser totalmente eficaz, o apoio dos outros é necessário para tornar a explicação ou a revisão correta, este suporte do endogrupo é essencial para que

ocorra a identificação com a informação, e novamente com o movimento, grupo, e diminua a incongruência, pela tendência que o grupo tem de coesão, portando quando uma nova informação surge e o grupo aceita e é publicada aos seus membros individualmente, os membros do movimento podem recuperar um pouco do choque da desconfirmação, reafirmando suas convicções iniciais (Festinger, Riecken, & Schachter, 1956).

Os dados demonstram que estes focos foram parâmetros para as primeiras pesquisas sobre mudanças de atitudes e estudos atuais que se vinculam a esta temática, Como exemplo tem o modelo proposto por Stone e Cooper (2000), para a compreensão do papel do *eu* nos processos de dissonância cognitiva. Os autores concentraram-se nas controvérsias entre as três principais teorias de como as cognições sobre o *eu* podem mediar os processos de dissonância: Auto consistência de Aronson em 1992, Autoafirmação de Steele em 1988, e a perspectiva New Look de Cooper e Fazio em 1984.

Argumenta-se que cada uma dessas revisões contemporâneas da teoria da dissonância assumem que a dissonância começa quando as pessoas cometem um comportamento e, em seguida, avaliam o significado do comportamento contra um padrão de julgamento. No entanto, cada abordagem faz previsões diferentes para o autoconhecimento como mediador visto que cada dissonância assume diferentes auto atributos e padrões são usados para avaliar o significado psicológico de um determinado comportamento.

O modelo proposto por Stone e Cooper (2000), o significado do comportamento dependeria de quais padrões foram utilizados no julgamento sustentando que a dissonância é função de certas cognições pré-existentes utilizadas como padrões para julgar a adequação de comportamentos realizados. As pessoas, depois de realizarem o comportamento, interpretam-no e avaliam-no, se perguntando se o mesmo foi tolo, imoral ou, de alguma maneira, indesejável. Os padrões relativos ao ego se dividiriam em padrões pessoais e padrões normativos (sociais). Deste modo, a avaliação do comportamento parece ser feita com base

em considerações normativas, compartilhadas de um modo geral, sobre o que é bom ou ruim, tolo ou insensato, moral ou imoral, ou, pode ser baseada em considerações pessoais, idiossincráticas, do que é ruim, tolo ou imoral – padrões que estão relacionados à representações individuais do self.

Segundo os autores, o modelo de auto padrões da dissonância cognitiva consiste em uma tentativa de montar o que eles consideram “o grande quebra-cabeça” do estado atual da literatura sobre dissonância. Para eles, as diversas abordagens semelhantes existentes não são incompatíveis entre si e explicam partes importantes do processo de dissonância. Concluem com a observação de que as investigações das relações entre as discrepâncias e as emoções representam uma direção estimulante para as pesquisas futuras, esperando uma maior integração destes campos.

2.2.3 Comunicação Persuasiva

A persuasão, na área da psicologia está vinculada ao estudo da formação das atitudes e suas modificações. Esta abordagem defende que existe uma predisposição para reagir frente a objetos novos (crenças e valores), o que originará uma resposta avaliativa (atitudinal), demonstrando uma tendência a responder ao objeto de forma semelhante no futuro. Observa-se, contudo que nos argumentos relacionados à persuasão, existe um papel central da memória pela recuperação da mensagem como mediador da persuasão (Neiva & Mauro, 2011).

Uma revisão histórica demonstra que muitas lições foram aprendidas, principalmente após a década de 1970. Neste período as pesquisas de mudança de atitude tornaram-se tão abundantes que o conjunto de dados e resultados foram ameaçados de colapso devido ao constrangimento de descobertas e teorias conflitantes. Grandes autores como Fishbein, Ajzen, Sheriff, Kiesler e Munson juntaram-se em esforços empíricos para tentar reverter estes dados, revisando deliberadamente a literatura, porém pouca coerência conceitual surgiu, e a

conclusão chegada por estes autores foi que houve uma confusão reinante na área e um rendimento escasso. Felizmente, esta situação não durou por muito tempo, um novo processo de multiestructuras foi desenvolvido (Petty & Wegener, 1998).

Neste novo campo os modelos duais formam o paradigma básico nos estudos sobre persuasão, defendendo que a fonte e a mensagem possuem papéis distintos, que em conjunto com a motivação e a habilidade para processar a informação, determinam os resultados da interação persuasiva. Esta conjuntura, denomina-se processamento dual, no sentido em que os indivíduos processam informações superficialmente (princípio do menor esforço), a não ser que haja motivação para se engajar em formas mais sistemáticas de processamento (Petty & Wegener, 1998).

Destes, os dois modelos mais populares, o Modelo de Probabilidade de Elaboração (ELM) e o Modelo Heurístico-sistemático (HSM), colocam maior foco na mediação de efeitos de mudança de atitude e explicam como a mesma variável (por exemplo, uma fonte de credibilidade, humor) poderia ter efeitos diferentes sobre a mudança de atitude em diferentes situações, e como uma determinada variável poderia produzir o resultado persuasão mesmo por processos diferentes em situações diferentes. A ideia-chave foi que alguns processos de mudança de atitude necessitariam de quantidades relativamente altas de esforço mental, enquanto que para outros processos bastariam pouco esforço mental. Assim, Petty e Cacioppo (1984) fundamentam que a maioria das principais teorias de persuasão não eram necessariamente concorrentes ou contraditórias, mas operadas em diferentes circunstâncias.

As bases para o modelo ELM foram baseadas nas teorias cognitivas de resposta, enquanto a HSM de processamento de mensagens detalhadas (sistemática), em alguns tratamentos iniciais, enfatizou o esforço exercido em compreender o conteúdo da mensagem, e não o esforço exercido em processos cognitivos de responder ou pensar sobre o conteúdo da mensagem. Hoje os modelos têm mais semelhanças do que diferenças e geralmente podem

acomodar os mesmos resultados empíricos, embora a linguagem explicativa e, por vezes, os processos de mediação assumidos, podem variar (Petty & Wegener, 1998).

2.2.3.1 O Modelo de Probabilidade e de Elaboração da Persuasão

O Modelo de Probabilidade de Elaboração de persuasão é uma teoria sobre os processos responsáveis pela mudança de atitude e a força das atitudes que resultam daqueles processos. A construção chave na ELM é o continuum da probabilidade de elaboração. Esse continuum é definido pela forma como as pessoas estão motivadas e capazes de avaliar (habilidade) os méritos centrais da questão, ou uma posição (ou seja, o objeto de atitude) (Petty & Cacioppo, 1990).

Sendo assim, quanto mais as pessoas estão motivadas e capazes, é mais provável que exerçam maior esforço para examinar todas as informações relevantes disponíveis do objeto. Assim, quando a probabilidade de elaboração é alta, as pessoas vão avaliar as informações relevantes, em relação ao conhecimento que eles já possuem, e chegar a uma atitude fundamentada (embora não necessariamente imparcial) que é bem articulada e reforçada por informações de apoio (via central). Por outro lado, quando a probabilidade de elaboração é baixa (motivação) e a análise de informações é reduzida (habilidade), pode resultar em uma série de processos de menor recurso e exigências que não requerem avaliação das informações relevante do objeto (via periférica) (Petty & Cacioppo, 1990).

Atitudes que são alteradas por processos de baixo esforço são postuladas a serem mais fracas do que as atitudes que são alterados na mesma medida por processos de alto esforço. A hipótese de ambas as mudanças de alto e baixo esforço vem do reconhecimento que não é adaptativo nem possível que as pessoas exerçam esforço mental considerável no pensamento sobre todas as mensagens e objetos atitudinais a que estão expostos. Para funcionar na vida, às

vezes, as pessoas devem agir como avarentos cognitivos, mas outras vezes é mais adaptável para ser generoso com os recursos cognitivos (Petty & Cacioppo, 1984; 1990).

O contínuo da probabilidade de elaboração incorpora uma distinção quantitativa e qualitativa (Priester, Cacioppo & Petty, 1996). Isto é, os processos de rota central aumentam na magnitude, e quando vão para baixo do continuum, processos de rota central diminui em magnitude. Esta variação quantitativa sugere que em altos níveis de elaboração, as atitudes das pessoas serão determinadas pelo seu exame de esforço de todas as informações relevantes. Mas, em níveis mais baixos de elaboração, as atitudes podem ser determinadas, por exemplo, pelo menor esforço de exame (cuidado) da mesma informação, ou exame de esforço de menos informação (por exemplo, a pessoa examina criticamente apenas o primeiro argumento em uma mensagem, mas não os argumentos restantes).

Em relação à distinção qualitativa, por exemplo, considere uma pessoa que está exposta a uma mensagem com dez argumentos, a elaboração de alto processador (via central) tenderia a pensar sobre a maioria ou todas as informações. Se a motivação ou a capacidade de pensar foi reduzida, o destinatário pode pensar sobre cada argumento com menos cuidado, ou pensar em menos argumentos (diferença quantitativa). No entanto, o ELM propõe que outros mecanismos (periféricos) que não envolvem no pensamento os méritos dos argumentos também podem influenciar as atitudes, quando a probabilidade de elaboração é baixa. Por exemplo, um processador de baixa elaboração pode simplesmente contar os argumentos e razão, e que se existem dez razões para favorecê-la, ele deve valer a pena (Petty & Cacioppo, 1984). Nota-se que este processo é qualitativamente diferente do processo de elaboração do argumento cujo mecanismo não envolve examinar o mérito dos argumentos, mas ao contrário, envolve dependência de uma regra de ouro ou de heurística que a pessoa gera ou recupera da memória (Petty & Wegener, 1998).

2.2.3.2 Modelo Heurístico-Sistemático

Como o ELM, o modelo heurístico/sistemático de persuasão (HSM) considera múltiplos processos de persuasão. Um dos fatores que demarcam o HSM foi à identificação de um processo de persuasão periférico exclusivo. Especificamente, Chaiken (1980) propôs que, em contraste com o processo "sistemático" (ou rota central), muitas fontes de mensagens e outras sugestões são avaliadas por meio de simples heurística cognitiva que as pessoas aprenderam com base na experiência passada e da observação. Ao contrário de inferências de atribuição, o uso de heurísticas foi proposto para ser dependente de sua disponibilidade e acessibilidade na memória.

O HSM também lida com o processamento parcial (Chaiken & Maheswaran, 1994). Segundo este modelo, o viés pode ocorrer em pelo menos duas maneiras. Primeiro, os autores argumentam que, em algumas circunstâncias, o processamento heurístico consegue processamento de viés sistemático (por exemplo, acessar a heurística que "especialistas estão corretos" pode levar as pessoas a se engajar na elaboração de uma mensagem favorável). Em segundo lugar, além de postular um "motivo de precisão" que produz processamento de informações relativamente objetivas, dois outros motivos (defesa e motivos de gerenciamento de impressão) operam para produzir processamento tendenciosos ou tratamento sistemático que polarização a heurística. Quando motivos de defesa estão operando, por exemplo, as pessoas são motivadas para defender suas atitudes já existentes, mas podem fazê-lo por tratamento sistemático tendencioso ou seletivamente usando a heurística (Eagly & Chaiken, 1993).

Poucas pesquisas abordaram as características definidoras do HSM - a noção de que as pessoas aprenderam e armazenaram na memória diversas heurísticas de persuasão que são usadas para avaliar uma mensagem. Algumas pesquisas têm variado a acessibilidade (Roskos-Ewoldsen & Fazio, 1992) ou vivacidade (Pallak, 1983) dos estímulos periféricos em uma

mensagem - e, presumivelmente, a acessibilidade das heurísticas associadas - ainda assim, relativamente poucas evidências foram coletadas relativas à acessibilidade das heurísticas em si.

Embora o HSM e ELM possuam muitas características em comum (por exemplo, mudança de atitude pode resultar de ambos os processos de esforço de alta e baixa elaboração mental, que pode ser relativamente objetiva ou parcial), uma série de diferenças existe sobre o impacto das pistas no pensamento em situações e entre os mecanismos e hipótese para explicar os resultados de processamento parcial. Ressalta-se que na ELM, a probabilidade de elaboração aumentada pode levar a pistas importantes, sendo avaliado pela força, assim como os argumentos são avaliados pela mensagem (Petty & Cacioppo, 1990). Assim, se uma sugestão potencial (fonte, por exemplo, atraente) é examinada e acharão a falta (por exemplo, "é de polarização para ir junto só porque ele / ela é atraente"), então a sugestão pode realmente reduzir a persuasão se o processamento de esforço leva a uma hipercorreção para o viés percebido induzido pela sugestão. Se a sugestão for considerada relevante e informativa quando analisada, no entanto, ele gostaria de acrescentar ao impacto das outras informações. Note que no ELM, este impacto aditivo não é resultado de uma heurística de baixo esforço adicionando ao impacto de alto esforço - central/sistemática de processamento (Chaiken & Maheswaran, 1994), mas é devido ao fato de que a heurística é examinada com esforço como um argumento potencial de apoio à defesa da mensagem.

Como observado anteriormente, o ELM sustenta que o processamento objetivo ocorre quando as pessoas não têm posição a priori a favor e que o processamento parcial é motivado (via central ou o via periférica) pode ser produzido quando as pessoas preferem uma posição em detrimento de outra. Importante, na ELM, é o fato de que as pessoas podem vir a preferir uma posição sobre a outra por uma variedade de razões motivacionais (por exemplo, a consistência, reatância, autoestima, etc.).

De maior interesse, os motivos de precisão também podem ocasionar um tratamento tendencioso se as pessoas são muito confiantes de que sua visão atual é correta e estão motivadas a defendê-la por causa de sua validade presumida. Se as pessoas estão confiantes de que suas atitudes são corretas, qualquer aumento na motivação para ser exato, aumentaria a sua motivação para defender suas atitudes. Por outro lado, se a probabilidade de elaboração é alta e as pessoas são confrontadas com um argumento ambíguo, as pessoas podem ser mais propensas a elaborá-la de uma forma que é favorável à defesa, se a fonte é percebida como um especialista do que se a fonte não é (Chaiken & Maheswaran, 1994). Esta interpretação favorável dos argumentos poderia ser motivada por querer ter a interpretação mais precisa das provas e na suposição de que uma fonte especializada é mais provável de ter opiniões precisas do que um não especialista.

Alternativamente, pode ser que as pessoas prefiram se identificar com a posição de especialistas por razões de autoestima, manutenção ou por causa de sentimentos aversivos de desequilíbrio ou confusão e, portanto, esses motivos, em vez de precisão poderiam ser responsáveis pelo processamento parcial. Assim, no âmbito ELM, motivação precisão, por si só pode trazer resultados tendenciosos que se parecem? Defensiva, e outras motivações que não a defesa ou gerenciamento de impressão podem ser responsável por resultados tendenciosos (para além da capacidade fatores discutidos anteriormente).

A temática apresentada é ampla e mesmo com um período longo de pesquisas muitas questões ainda não foram elucidadas, o que demonstra cada vez mais a necessidades de pesquisas para confirmação de dados e lançar luz sobre antigos problemas, aqui citados. Pesquisas em contextos diferenciais, populações heterogênicas de diferentes contextos e culturas, irão favorecer conclusões mais coesas e diálogos entre várias vertentes e correntes distintas.

Em síntese, observou-se que o conceito de atitudes pretende ser mediador entre a forma de pensar e a forma de agir dos indivíduos, pois tem ligação com os comportamentos, permitindo identificar o posicionamento de um indivíduo diante da realidade social. Dessa forma, os fatores associados ao risco em relação à Aids vão além do conhecimento sobre a prática de sexo seguro e o conhecimento de risco, pois no momento em que o indivíduo necessita tomar uma decisão diante de uma situação, os estados emocional e cognitivo podem influenciar sua avaliação de riscos e, conseqüentemente, sua decisão no uso do preservativo. Comportamentos que requerem habilidade, planejamento e organização pessoal, tais como, o uso do preservativo, são precedidos pela elaboração da intenção de agir, a qual pode ser explicada pela atitude em relação ao comportamento-alvo, pressão social e outros fatores. Nesse sentido, justifica-se o uso, neste estudo, da Teoria do Comportamento Planejado, que busca explicar intenções comportamentais a partir de crenças, atitudes, normas subjetivas e controle percebido.

2.2.4 Da Teoria da Ação Racional à Teoria do Comportamento Planejado

A teoria da Ação Racional, uma das mais célebres construções teóricas de atitude, tendo como base o modelo expectativa-valor, formulada por Fishbein e Ajzen (1975), considera que as pessoas se comportam de forma racional, avaliando os ganhos e as perdas relacionadas com a manifestação de suas atitudes. Este modo racional de avaliar cada decisão é que deu à teoria o nome de teoria da ação racional, na medida em que ela pressupõe uma avaliação racional do comportamento a cada passo (D'Amorim, 2000).

De acordo com o modelo, o comportamento da pessoa é determinado pela sua intenção comportamental de realizar este comportamento. Dois fatores principais determinam a intenção comportamental do indivíduo: um fator pessoal – atitude - e um fator social - norma subjetiva. Cada um desses fatores é também uma função de dois outros determinantes. A

atitude da pessoa é um desempenho daquilo que ela crê que irá acontecer ao realizar o comportamento - crenças comportamentais - e das avaliações que ela faz a respeito das consequências da execução desse mesmo comportamento. O segundo componente, norma subjetiva, é uma função daquilo que a pessoa acredita que os outros acham que ela deve fazer - crenças normativas - e da motivação para corresponder a essa crença (Cunha & Dias, 2008).

Para uma percepção mais realística da teoria, observe a Figura 1

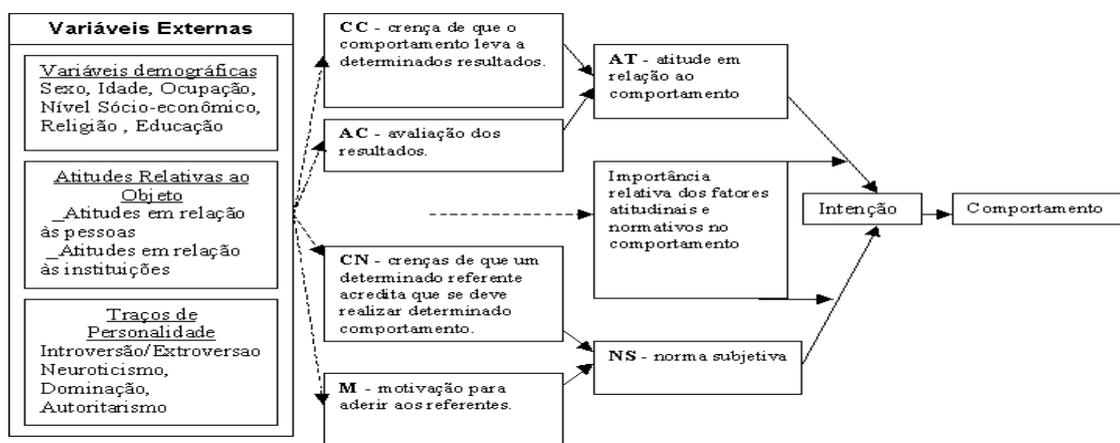


Figura 1 – Representação da Teoria da Ação Racional

Os autores Fishbein e Ajzen (1975), vão descrever que para ocorrer à intenção e, portanto, o comportamento, algumas variáveis externas são incluídas na teoria, para que assim possa compreender as crenças do indivíduo e suas avaliações das mesmas. Neste contexto os autores descreveram como variáveis externas os fatores demográficos, atitudes gerais e traços de personalidade, as mesmas exercem influência sobre as quatro variáveis básicas do modelo (crenças comportamentais, avaliações das consequências; crenças normativas e motivação) podendo, entretanto, apresentar relevância maior ou menor de acordo com cada indivíduo.

A crença comportamental é a base cognitiva da atitude, isto é, a informação que um indivíduo tem a respeito de um determinado objeto, independentemente dele ser favorável ou desfavorável a este objeto. Tais crenças se formam a partir das informações relevantes

disponíveis ao indivíduo, o que envolve tanto as informações teóricas como as experiências vividas. Nesta perspectiva, um objeto atitudinal dificilmente é constituído por apenas uma informação, mas por um conjunto de informações. Logo, faz-se necessário admitir que para cada atitude existam várias crenças, cada uma com sua respectiva favorabilidade e, portanto, a avaliação do indivíduo sobre as consequências de seus atos frente a cada comportamento (Fishebein & Ajzen, 1975). Em síntese, para a teoria da ação racional não há atitude sem a avaliação da crença, já que é a crença avaliada que resultará na atitude (Ajzen, 2001).

A atitude resulta, assim, do somatório dos produtos das crenças sobre um objeto por suas respectivas avaliações (D'Amorim & Vera, 1996), isto é: $AT = \sum CC_i * AC_i$, em que AT representa a atitude, CC , as crenças comportamentais, i , o fato de que existem várias crenças comportamentais, \sum , o fato de que todas elas estão a ser somadas e AC as avaliações das respectivas crenças indicadas pela mesma letra i , numa demonstração da correspondência entre a crença e a avaliação.

No que se refere ao segundo componente, a crença normativa (CN), diz respeito ao que as pessoas que convivem com o indivíduo julgam que ele deva fazer. Surge aqui a figura do referente, isto é, pessoas que exercem influência no comportamento do indivíduo, razão pela qual ele se preocupa em apresentar para elas um determinado tipo de comportamento. Assim como a crença comportamental, a crença normativa também é uma cognição, isenta de carga afetiva. Entretanto, como ela se refere, a crenças sobre o que os referentes pensam a respeito do indivíduo, não faz sentido dizer que exista uma favorabilidade ou desfavorabilidade em relação a essas crenças (Crano & Prislin, 2006).

A motivação (M) está para a crença normativa assim como a avaliação está para a crença comportamental. Deste modo, as crenças comportamentais, associadas à avaliação, resultam na atitude, enquanto as crenças normativas, associadas à motivação, resultam na norma subjetiva (D'Amorin, 2000), isto é, $NS = \sum CN_j * M_j$, em que NS é a norma subjetiva,

CN, as crenças normativas, a letra j, a indicação de que existem várias crenças normativas, §, a indicação do somatório do produto das crenças normativas pelas respectivas motivações e M, a motivação.

A variável intenção de comportamento é a que mais se aproxima do comportamento, tendo como base os processos psicológicos acima descritos, uma pessoa com uma determinada intenção estará pronta para agir e só não o fará se for impedida por algum acontecimento externo e alheio. Por essa razão, a intenção de comportamento é considerada por Fishbein e Ajzen (1975) como aproximadamente o comportamento propriamente dito, caracterizando-se por refletir a atitude e a norma subjetiva, com os seus respectivos pesos.

Esta teoria se tornou o foco de atenção e passou a gerir imensas pesquisas na área psicológica, entretanto os seus resultados trazem algumas críticas a esta base teórica. Considerando que a variável intenção nem sempre convergia para o comportamento, criando uma lacuna entre a crença comportamental, crenças normativa, intenção e realização do comportamento/ação, tornou-se necessária uma nova formulação teórica por limitações do modelo original em lidar com comportamentos sobre os quais as pessoas têm o controle da vontade incompleta. Frente a esta dificuldade e críticas, Ajzen em 1981, lança a base para a teoria do comportamento planejado, reformulando o modelo da teoria da ação racional, mantendo a sua estrutura básica, acrescentando como determinante da intenção comportamental uma nova variável: o controle percebido sobre o comportamento (Ajzen, 1991; Neiva & Mauro, 2011). Este modelo pode ser observado na Figura 2

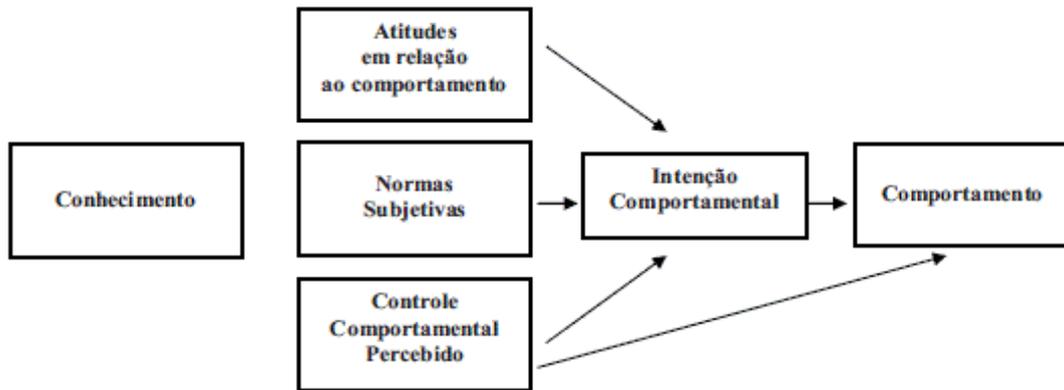


Figura 2 – Representação da Teoria do Comportamento Planejado

Como na teoria da ação racional, um fator central na teoria do comportamento planejado é a intenção do indivíduo para realizar um determinado comportamento. Intenções são assumidas para capturar os fatores motivacionais que influenciam o comportamento, pois eles são indicações de como as pessoas estão dispostas a tentar e a quantidade de esforço que elas terão que exercer, a fim de realizar o comportamento. Como regra geral, quanto mais forte for a intenção de se engajar em um comportamento, mais provável deve ser o seu desempenho. Deve ficar claro, no entanto, que a intenção comportamental só pode ser expressa em comportamento, se somente se o comportamento em questão está sob controle volitivo, se a pessoa pode decidir a vontade de realizar ou não realizar o comportamento (Ajzen, 1991).

Embora alguns comportamentos atendam de fato a esse requisito, o desempenho irá depender, pelo menos em algum grau, dos fatores não motivacionais, como a disponibilidade de oportunidades e os recursos. Na medida em que uma pessoa tem oportunidades e recursos necessários, e pretende realizar o comportamento, deve ter sucesso em fazê-lo. A suposição é, geralmente, de que a motivação e a capacidade de interagir em seus efeitos sobre o desempenho comportamental. Assim, as intenções que seriam esperadas para influenciar o desempenho na medida em que a pessoa tem o controle de comportamento e desempenho deve aumentar com o controle comportamental, na medida em que a pessoa é motivada a

tentar. A importância do controle do comportamento real é evidente: os recursos e oportunidades disponíveis para uma pessoa deve em certa medida ditar a probabilidade de realização do comportamento. De maior interesse psicológico do que o controle real, no entanto, é a percepção de controle comportamental é o impacto sobre as intenções e ações. O controle comportamental percebido desempenha um papel importante na teoria do comportamento planejado (Ajzen, 1991).

Na verdade, a teoria do comportamento planejado difere da teoria da ação racional na adição de controle comportamental percebido - refere-se à percepção das pessoas sobre a facilidade ou dificuldade de realizar o comportamento de interesse, e geralmente faz, variando de acordo com situações e ações. Assim, uma pessoa pode acreditar que, em geral, seus resultados são determinados pelo seu próprio comportamento (locus de controle interno), mas ao mesmo tempo, ela pode também acreditar que suas chances de se tornar um piloto de aviões comerciais são muito pequenas (baixa percepção controle comportamental), demonstrando, portanto, sem o controle percebido as possibilidades de ocorrência do comportamento se restringem de sobremodo (Ajzen, 1991).

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO III

Estudo I. Construção do Instrumento de Pré e Pós – teste

3.1 Fundamentação Teórica

O princípio da criação de um instrumento de medida baseado em construto, pode ser divididos em três eixos, denominados por Pasquali (1999) como procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). Cada procedimento reúne um conjunto de passos necessários para criação das escalas, definidos pela especificidade das tarefas exigidas em cada fase do processo, pelo método utilizado para a resolução da tarefa e pelo produto que dela resulta, como observado nas Figuras 3 e 4.

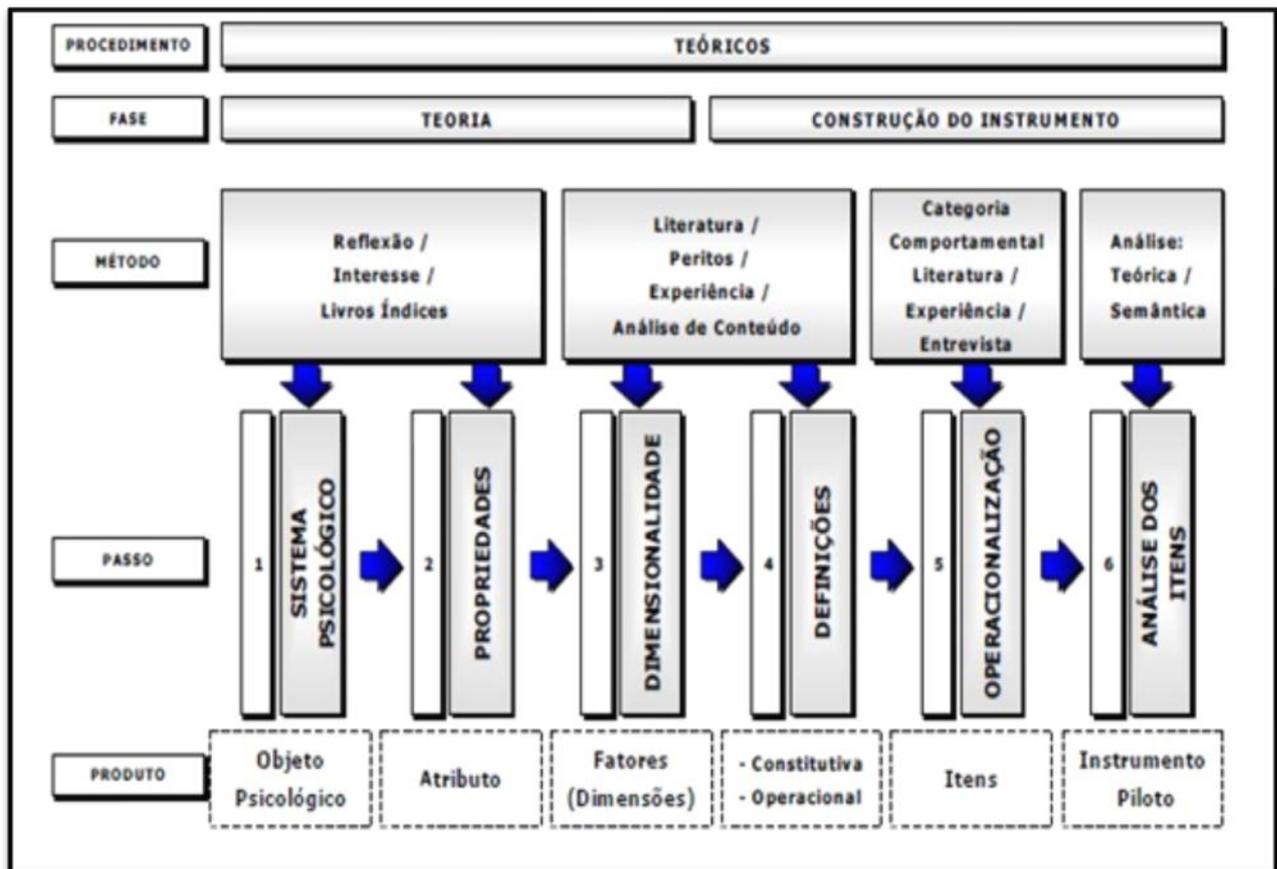


Figura retirada de Pasquali (1999, p.38).

Figura 3 –Parte do Organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos teóricos

O pólo teórico na elaboração de instrumentos psicológicos de medida enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um

instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens. Esse pólo explicita a teoria do traço latente, bem como os tipos, categorias, de comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo, portanto, da literatura existente sobre o construto psicológico que o instrumento pretende medir (Pasquali, 1999).

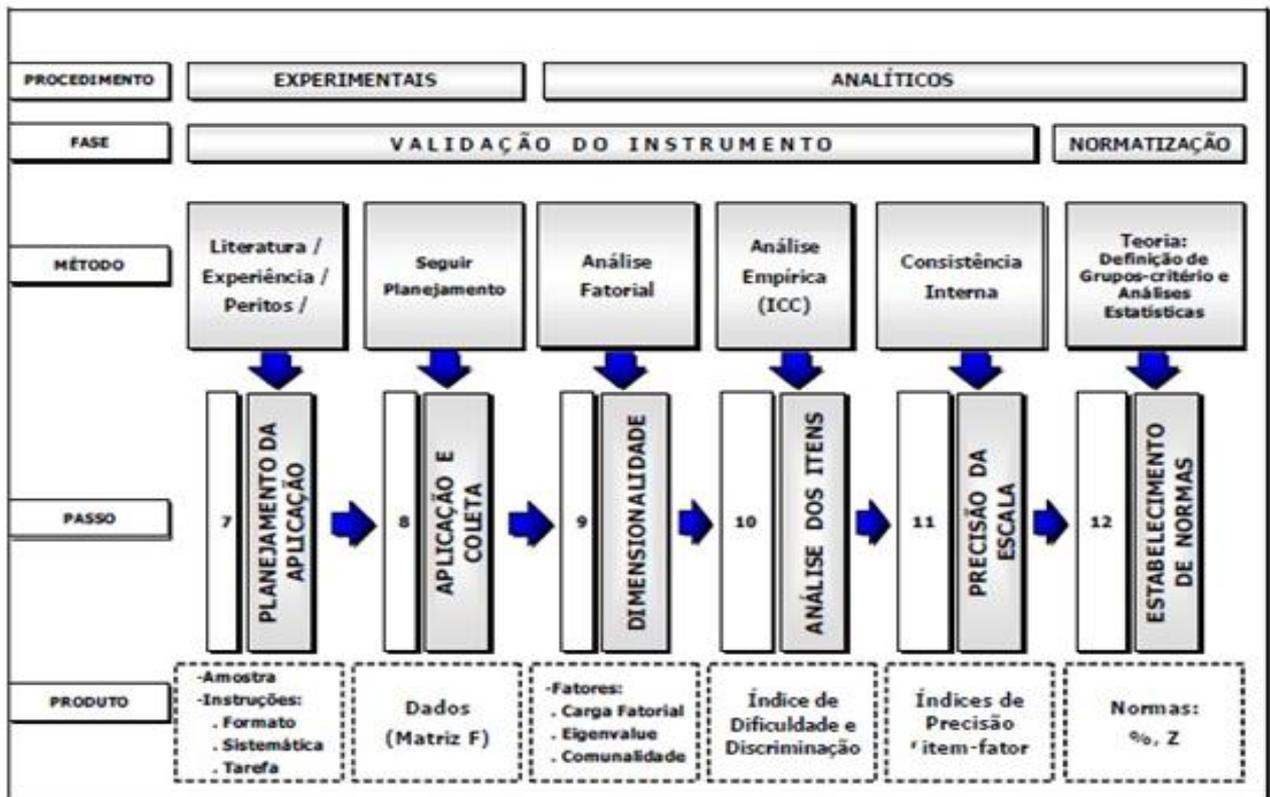


Figura retirada de Pasquali (1999, p.38).

Figura 4 – Parte do Organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos Experimentais e Analíticos

Os procedimentos experimentais englobam o planejamento da pesquisa (definição das amostras, instruções e administração dos instrumentos pilotos) e a coleta dos dados. Já os procedimentos analíticos, envolvem o tratamento estatístico e a análise dos resultados (interpretação da distribuição fatorial e da dimensionalidade da medida, análise da precisão da escala e estabelecimento de normas). Ambos os procedimentos incluem etapas de trabalho relativas à validação de construto dos testes.

Na presente pesquisa, a partir dos pressupostos e bases teóricas referidas acima, o instrumento de medida foi construído a partir de etapas, visando diminuir a existência de erros e garantir a validade e fidedignidade da Escala, como demonstrado na Tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - Procedimentos utilizados para a validação do instrumento

Versão do Instrumento	Etapas	Em que consiste
Primeira versão	1 Geração de Itens	Coleta para montagem do Instrumento
	2 Análise de redundância agregada a composição	Agrupamento segundo a semelhança dos itens e a composição do instrumento
	3 Validação de Conteúdo	Análise da representatividade dos itens por examinadores especiais
Segunda Versão (Instrumento Inicial)	4. Instrumento Inicial	Formatação e Aplicação
	5. Validade de Construto: fidedignidade do instrumento e do item	Procedimentos estatísticos que visam a calcular coeficientes de fidedignidade para o instrumento e mensurar a consistência interna de cada item e de cada parte do instrumento;
	6. Validade de Construto: retenção de um item no instrumento final	Verificação do grau de contribuição de cada item para a confecção da terceira versão do instrumento: itens com grau de dificuldade média e bom grau de discriminação poderão ser mantidos;
Terceira Versão (Instrumento Final)	7. Instrumento Final	Composição do Instrumento final e sua aplicação em amostra com o mesmo padrão da amostra usada para a confecção da segunda versão afim de fazer ajustes finais
	8. Validade de Construto: fidedignidade do instrumento e do item	Procedimentos estatísticos que visam a calcular coeficientes de fidedignidade para o instrumento e mensurar a consistência interna de cada item e de cada parte do instrumento
	9. Validação de Critério	Verificação da correlação entre os escores do teste e de um comportamento critério (baixa vulnerabilidade = uso do preservativo)

3.2 Método

3.2.1 Delineamento e Hipóteses

Caracteriza-se como um estudo de campo de corte transversal quantitativo e descritivo, o qual tem como objetivo construir e validar uma escala de Percepção frente à Vulnerabilidade às DSTs/HIV e Gravidez não planejada em Adolescentes jovens, tendo como base os pressupostos de Ayres, Paiva e Buchalla (2012). Parte-se das seguintes hipóteses:

H₀: A análise fatorial não apresentará três fatores não confirmando as dimensões da teoria da vulnerabilidade.

H₁: A análise fatorial apresentará três fatores confirmando as dimensões da teoria da vulnerabilidade.

3.2.2 Procedimentos Teóricos (Construção dos Itens)

Os itens do instrumento foram construídos a partir das categorias dos grupos de discussão do estudo realizado por Ribeiro (2010), o qual averiguou a vulnerabilidade de estudantes de ensino médio do Estado da Paraíba as DSTs/ HIV e a gravidez não planejada. O instrumento tem como base a teoria da vulnerabilidade e seus itens foram formulados a partir da representação comportamental do traço latente, que aqui é entendido como os fatores que compõem a teoria, que neste caso seria a vulnerabilidade individual, social e pragmática. Contudo, como foi apresentada na abordagem teórica da vulnerabilidade a mesma não se descreve como um construto fechado, mas dinâmico, nos quais a vulnerabilidade é uma entidade que irá circundar o indivíduo a partir do contexto das interações intersubjetivas aos quais ele vivência no contexto cultural e simbólico ao qual ele está inserido.

Sendo assim, o que será analisado, é a percepção que cada participante possui dos fatores que compõem a teoria, como descrito na Tabela 4. A percepção de vulnerabilidade foi entendida como a propensão do participante em assumir uma determinada escolha, tendo como base suas crenças, as informações vinculadas no meio social e programas de assistência à saúde que ele dispõe, sendo refletido em suas atitudes frente a uma prática sexual segura.

Tabela 4 - Fatores da Escala

Vulnerabilidade	Fatores
Percepção Individual	Envolvimento cognitivo/sensibilidade
Social	Valores; Atitude; Comportamentos; Relações afetivo-sexuais; Relações Familiares; Relações de Amizades; Situações psicoemocionais; Crenças; Conhecimento e Informações;
Programática	Normas Sociais; Referências Culturais; Relações de Gênero; Acesso a Saúde; Acesso a Educação; Normas e Crenças Religiosas; Campanhas e Acesso; Definições de políticas específicas; Planejamento e avaliação das políticas; Organização do setor de saúde; Acesso aos serviços; Compromisso e responsabilidade dos profissionais

Ressalta-se ainda que, com este instrumento, não se almeja a generalização da vulnerabilidade para a adolescência e jovens em geral, mas àqueles que estão inseridos no contexto apresentado. Feito este esclarecimento, tem-se como hipótese de estudo que o grupo experimental apresentará um menor escore na escala de percepção de vulnerabilidade comparada ao grupo controle, após a intervenção psicoeducativa.

Após a construção dos itens, os mesmos passaram por duas análises: *Análise semântica e Análise por Juízes* (Pasquali, 2003). A análise semântica se deu a partir da apresentação dos itens a três grupos de jovens (3-4 membros) para observar a compreensão e coesão dos mesmos. A cada aplicação em pequenos grupos, seguia-se uma discussão com os sujeitos a respeito de possíveis incompreensões dos itens do teste, em função das formulações das frases. As críticas e sugestões de cada sujeito eram então anotadas e discutidas pelo grupo de especialistas (dois pesquisadores), resultando em modificações do teste. As reformulações foram incorporadas e o teste foi reaplicado a outro pequeno grupo de sujeitos, até que não se encontrou mais problemas de compreensão na sua aplicação, tornando-se, portanto mais claro e fácil de ser compreendido pela população-alvo. Para o segundo procedimento, quatro peritos na área de vulnerabilidade avaliaram os itens e observaram sua adequação aos traços em questão, concordado com os mesmo e demonstrando haver validade aparente.

As respostas aos itens foram dadas em escala do tipo Likert com 10 pontos, variando entre nunca/sempré; discordo totalmente/concordo totalmente. Desta forma, torna-se factível classificá-la em níveis satisfatórios, tendo como base o próprio processo de avaliação escolar brasileira. No instrumento de mensuração era apresentada uma afirmação (crença, afeto, comportamento) a qual o participante classificaria frente ao seu nível de concordância: concordo plenamente (10- 8), concordo, mas não totalmente (7-6); e discordo plenamente (5-1).

Foi realizado um pré-teste do instrumento para avaliar, de forma mais abrangente, a compreensão, duração e aceitação geral do instrumento e abordagem, neste intuito o questionário foi aplicado a uma turma de nono ano de uma escola estadual para avaliar a compreensão e a forma de validação da escala. Os resultados demonstraram serem satisfatório e sem dificuldade na compreensão e na forma de resposta, com tempo médio de resposta de 40 minutos.

3.2.3 Procedimento Experimental (Aplicação do Instrumento)

3.2.3.1 Seleção da Amostra/Participantes

A população deste estudo é constituída por jovens (14 - 24 anos), matriculados em escolas de ensino médio, públicas e privadas, da Cidade de João Pessoa. Uma amostra representativa foi determinada através da estratificação por região geográfica do Município – Leste, Oeste, Norte e Sul. Uma amostra por aglomerado foi selecionada em cada zona da cidade, tendo como base as instituições de ensino ali inseridas.

Tabela 5: Regiões Geográficas do Município de João Pessoa

Região	Bairros de João Pessoa
Zona Norte	Centro; Varadouro; Róger; <u>Torre</u> ; Tambiá; Jardim 13 de Maio; Padre Zé; <u>Estados</u> ; Ipês; Mandacaru; Alto do Céu; Jardim Esther; Jardim Mangueira; Conjunto Pedro Gondim;
Zona Sul	Castelo Branco; <u>Bancários</u> ; Jardim São Paulo; Anatólia; Jardim Cidade Universitária; Água Fria; Ernesto Geisel; <u>Valentina Figueiredo</u> ; Paratibe; Praia do Sol; Conjunto Boa Esperança; José Américo; Costa e Silva; Mangabeira(I a VIII); Cidade Verde; Esplanada; Ernâni Sátiro; Funcionários (I a IV); Grotão; João Paulo II; Distrito Industrial; Bairro das Indústrias;
Zona Oeste	Jaguaribe; <u>Cruz das Armas</u> ; Oitizeiro; Rangel; <u>Cristo Redentor</u> ; Bairros dos Novais; Alto do Mateus; Ilha do Bispo; Jardim Planalto; Jardim Veneza;
Zona Leste	Aeroclube; Brisamar; Cabo Branco; Tambaú; Tambauzinho; Expedicionários; Bessa; Jardim Oceania; Manaíra; Altiplano; Miramar; Jardim Luna; João Agripino; São José; Intermares;

Os bairros sublinhados foram os locais onde se realizou a coleta

Esta seleção ocorreu a partir da população estudantil do ensino médio, escolas públicas e privadas, do Município de João Pessoa, a partir da qual foi calculada uma amostra representativa determinada por um processo de múltiplos estágios, estratificada por região geográfica (como na Tabela 5), escola e turmas. No último estágio, foram selecionadas, aleatoriamente, turmas inteiras (amostra por conglomerados) (Kelsey, Whittemore, Evans & Thompson, 1996). A unidade amostral foi, portanto, a turma escolar, mas a coleta e análise dos dados tiveram como unidade os alunos que concordarem em responder ao questionário e que atendam aos critérios de inclusão neste estudo. A Tabela 6 mostra a unidade amostral e método de seleção por estágio.

Tabela 6 – Unidade Amostral e Método de Seleção por Estágio

Estágio	Unidade amostral	Seleção
I	Região geográfica da cidade	Todas as 4 zonas geográficas: Zona Norte; Zona Leste, Zona Oeste e Zona Sul
II	Escolas	Aleatória (será sorteada duas – uma partícula e outra pública) de cada Zona;
III	Turmas	Aleatória por conglomerado

Para estimativa do tamanho da amostra, ou seja, para determinar a representatividade do número de escolares de cada região geográfica em relação à população total, recorreu-se à estratégia sugerida por Barbetta (2001), considerando um erro amostral de 5%.

$$n = N \times n_0 / N + n_0 n_0 = 1 / E_0^2$$

Onde:

N tamanho (número de elementos) da população;

n tamanho (número de elementos) da amostra;

n₀ aproximação inicial para tamanho da amostra;

E₀ erro amostral tolerável.

De acordo com o Censo Escolar 2009 (INEP/MEC, 2009), João Pessoa contava com 32.449 alunos matriculados no Ensino Médio, sendo 22.567 alunos em Escolas Públicas Estaduais e 9.882 alunos em Escolas Privadas de Ensino Médio. Desta forma, a amostra era para ser constituída por 777 estudantes, sendo 393 de escolas publicas e 384 de escolas particulares, estratificada de acordo com a Tabela 5, acima.

Entretanto, devido a dificuldades para adentrar nas instituições particulares, com impedimentos por parte dos pais dos alunos e dos coordenadores das instituições, o número de participantes deste estudo foi reduzido para 432 estudantes. Porém, assim sendo, dentre as 15 escolas particulares visitadas, apenas três escolas concordaram em participar do estudo, nenhuma na zona leste. Mesmo com a permissão da realização do estudo nas instituições públicas, foram selecionados o mesmo número de instituições das particulares, para que assim não houvesse discrepância nas comparações e criação de grupos critérios. Desta forma, ao todos foram seis escolas participantes: duas da zona norte – Torre e bairro dos Estados; duas da zona sul – Bancários e Valentina Figueiredo; duas da zona Oeste – Cruz das Armas e Cristo Redentor.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão de escolares: recusa a participar do estudo; ausência de informações importantes na escala (sexo e data de nascimento); escala devolvida com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas (mais de uma alternativa marcada por item).

3.2.3.2 Procedimentos

O instrumento foi aplicado em sala de aula em grupos de 20 a 30 alunos. Ressalta-se que, respeitando o código de ética em pesquisa, para os adolescentes com idade inferior a 18 anos foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos responsáveis legais destes jovens. Para tanto foi agendada uma visita uma semana antes do início da coleta nas escolas, na qual foi entregue aos adolescentes o documento para ser apresentado aos seus responsáveis legais, a coleta só se realizou com os adolescentes que devolverem o termo devidamente assinado. Os participantes maiores de 18 anos assinaram o consentimento.

Contudo, tendo como base o Art.10, do Código de Ética, no caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, foi esclarecido aos adolescentes o propósito da pesquisa e solicitado aos mesmos seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão, deixando claro que a participação é voluntária e a qualquer momento eles poderiam desistir da pesquisa e que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo, sem danos nenhum. Além disso, os alunos foram orientados para não se identificarem no instrumento, assinando tão somente o assentimento livre e esclarecido. Após a concordância dos mesmos foram continuamente assistidos por dois pesquisadores, previamente treinados, para possíveis esclarecimentos de dúvidas e auxílio no preenchimento das informações.

3.2.3.3 Análise dos Dados

O banco de dados foi construído a partir de digitação do instrumento com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows - versão 18. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas.

Em seguida, com a finalidade de se verificar a estrutura fatorial da medida foi feita uma Análise Fatorial. As extrações fatoriais foram realizadas através do método dos Componentes Principais, considerando-se os itens com cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,35. O poder discriminativo dos itens foi verificado mediante o uso do teste t a partir do qual foram comparadas as médias para cada item com o objetivo de verificar o poder de discriminação entre os grupos através de critérios internos. Para avaliar os índices de consistência interna dos fatores, foi utilizado o alfa de Cronbach.

3.3 Resultados

3.3.1 Validação do Instrumento

Inicialmente foram realizadas análises exploratórias e de distribuição de frequência, seguindo os princípios apresentados por Tabachnick e Fidell (2001) para examinar questões como multicolinearidade e singularidade, normalidade (homocedasticidade e linearidade), omissão de informações e presença de outliers (valores claramente afastados dos demais e da média). Não foi observado nenhum caso de multicolinearidade ou singularidade. A porcentagem de dados omissos foi inferior a 5%, tendo sido substituído pela média, baseando-se na recomendação de Tabachnick e Fidell (2001). Foi identificada a presença de 13 outliers severos multivariados, tendo sido eliminados, ficando a amostra constituída por 419 participantes.

Vale também ressaltar que dos 100 itens desenvolvidos, 16 foram elaborados de forma invertida, seguindo-se as recomendações de Pasquali (2001) sobre a importância de se evitar o erro da resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta. Portanto, foi necessário reverter os escores destes itens e suas sentenças, cujo sentido diferia dos demais itens da escala, de modo que todos os escores da escala possam ser indicativos de vulnerabilidade as DSTs/HIV e gravidez não planejada (quanto maior o escore médio for próximo de 10). Os itens revertidos foram: 8, 9, 12, 34, 39, 44, 46, 58, 59, 60, 65, 67, 70, 94, 99 e 100.

Em relação à linearidade, algumas variáveis apresentaram distribuições com moderada assimetria e/ou curtose. Em decorrência, executou-se uma Análise Fatorial pelo método dos componentes principais que requer, apenas, que os dados estejam numa escala numérica e que guardem entre si, estruturas de correlação ou covariância, sem rotação. A fatorabilidade da matriz de correlações foi verificada por intermédio do tamanho das correlações na matriz entre as variáveis na matriz de covariância, da medida de adequação amostral Kaiser-Meyer Olkin (KMO), do teste de esfericidade de Bartlett. No entanto, ao analisar a matriz fatorial quanto à comunalidade, que representa a quantia de variância explicada pela solução fatorial para cada variável, devendo estar acima, a maioria, de 0,50 em cada variável, para que a variável possa atender a níveis de explicação aceitáveis (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005), observou-se que vários itens apresentaram índices abaixo do recomendável, sendo retirados da análise fatorial. De acordo com Schawb (2007), as comunalidades representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos. Usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,45 na análise dos componentes (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005). Logo, no caso de comunalidade abaixo desse patamar a variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente. Além disso, baixa comunalidade entre um grupo de variáveis é um indício de que

elas não estão linearmente correlacionadas e, por isso, não devem ser incluídas na análise fatorial. Sendo assim, dos 100 itens iniciais, permaneceram 32 itens e foi executada nova análise fatorial.

A medida de adequação amostral KMO, que trabalha com as correlações parciais das variáveis, foi igual a 0,81, portanto considerada boa, de acordo com Kaiser (1974 apud Pasquali, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett, que verifica a hipótese de a matriz de covariâncias ser uma matriz identidade, teve sua hipótese rejeitada, ou seja, a matriz deste estudo não era identidade ($\chi^2_{(496)} = 3330,462, p < 0,000$), corroborando sua fatorabilidade. Por fim, o quadrado dos coeficientes de correlação múltipla indica quantos por cento de cada variável são explicados ou relacionam-se com as demais. Segundo Pasqualli (2005, p.60), “quanto maior for esse coeficiente em cada variável, maior a grandeza de associação linear entre as variáveis e maiores a fatorabilidade da matriz R”. Neste estudo, tais coeficientes atingiram valores superiores a 0,6, indicando a fatorabilidade do conjunto dos dados. A partir desses dois testes, então, é possível ter consistência quanto a prosseguir na utilização da análise fatorial.

Considerando a natureza das variáveis, executou-se uma Análise dos Componentes Principais (PCA), também sem rotação. De acordo com Hair et al (2006), na maioria dos casos tanto a ACP, quanto outro método, chegam aos mesmos resultados se o número de variáveis superar 30 ou se as comunalidades excederem 0,60 para a maior parte das variáveis, conforme ocorre no estudo em questão. O resultado da análise dos componentes principais, pelo critério de Kaiser indica a extração de 11 componentes com valores próprios superiores a 1, os quais explicam conjuntamente 62,6% da variância total. No entanto, observa-se que, a partir do 3º componente, não há diferença significativa no tamanho do valor próprio (Critério de Cattell), o que justifica a fixação mínima dos componentes para este estudo em três fatores. O primeiro apresenta umeigenvalue de 5,781, carregando cerca de 17% da variância. O

segundo fator apresenta eigenvalue de 3,424, carregando cerca de 11% da variância. O terceiro apresenta um eigenvalue de 2%, carregando cerca de 6% da variância. Em conjunto, esses dois fatores explicam 34% da variância das variáveis originais. A Figura 5 ilustra a dispersão dos componentes no Scree test.

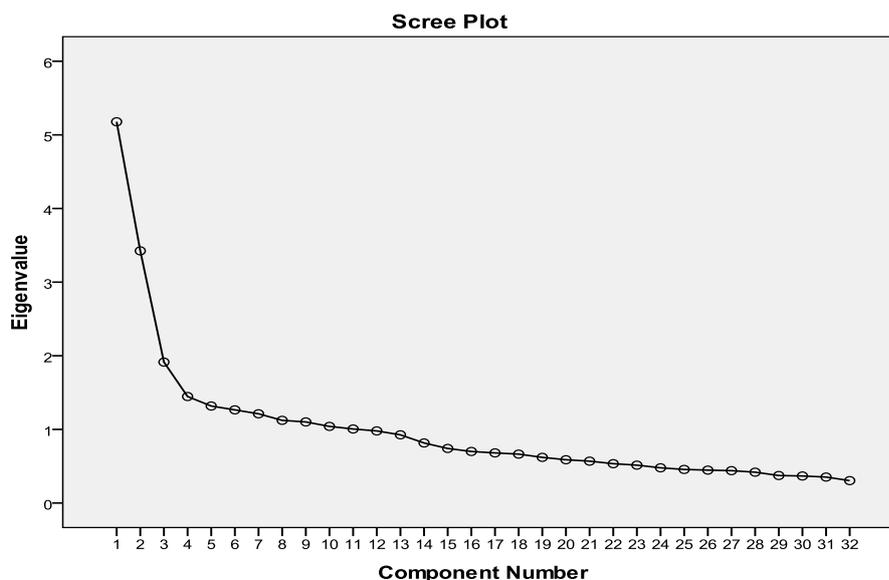


Figura 5 - Dispersão dos componentes no Scree test.

A composição dos três fatores está descrita na Tabela 7, destacando as cargas fatoriais e as comunalidades. Considerando o critério de carga mínima de 0,35, os itens 40, 63 e 76 não se enquadraram em nenhum fator, sendo descartados.

Tabela 7 – Estrutura Fatorial da escala

Variáveis	Fatores			h ²
	1	2	3	
Item 18 – Não é preciso usar camisinha com o namorado (a), pois existe confiança.	,516			,631
Item 21 - Usar camisinha com o namorado (a) é o mesmo que dizer que não o ama ou não confia.	,462			,676
Item 26 - A menina não pede ao parceiro para ele usar camisinha porque tem medo dele achar que ela tem muita experiência.	,389			,726
Item 28 - Na primeira relação sexual não existe a necessidade de utilizar a camisinha, pois não há chances de engravidar.	,527			,624
Item 31 - Só se usa a camisinha com pessoas que não se conhece.	,564			,558
Item 32 - O uso da camisinha depende do tempo de namoro, quanto mais tempo tiver, menos precisa usar camisinha.	,630			,623

Item 37 - Só se usa camisinha com profissionais do sexo.	,523			,510
Item 41 - Se já existe o uso da pílula, não há a necessidade de se usar a camisinha.	,553			,588
Item 42 - Só se deve usar camisinha com parceiros que ficam com várias pessoas	,610			,593
Item 45 - Só se deve usar camisinha com desconhecidos	,605			,583
Item 49 - Meu parceiro (a) fala que usar camisinha diminui o prazer.	,363			,677
Item 54 - Pessoas de boa família não transmitem o vírus da Aids.	,516			,682
Item 68 - É seguro fazer sexo, sem camisinha, com quem eu conheço e gosto	,565			,554
Item 69 - Não existe necessidade de usar camisinha se usar a pílula	,545			,674
Item 71 - Não pergunto sobre sexualidade porque considero minhas dúvidas bobas	,398			,574
Item 87 - As informações dadas na escola sobre sexualidade fazem parecer errado ter vida sexual ativa	,379			,524
Item 72 - Tenho vergonha de fazer perguntas sobre sexualidade		,474		,640
Item 78 - Não confio que as informações dadas no posto de saúde fiquem em sigilo		,493		,622
Item 79 - Tenho vergonha de ir ao posto solicitar camisinha		,545		,705
Item 80 - Os funcionários do posto de saúde fazem mau juízo dos adolescentes que vão em busca de camisinha		,561		,634
Item 82 - Quando um jovem vai ao posto de saúde solicitar camisinha ele se depara com críticas e piadas por parte dos funcionários da unidade de saúde		,523		,631
Item 83 - Tenho vergonha de comprar camisinha na farmácia ou supermercado		,632		,739
Item 84 - Os funcionários da farmácia ou supermercado podem fazer mau juízo dos adolescentes que compram camisinha.		,649		,645
Item 34 - Eu saberia usar o preservativo se tivesse uma relação sexual.			,476	,688
Item 39 - É fácil colocar a Camisinha			,443	,613
Item 44 - Eu tenho certeza de que meu parceiro (a) concorda em usar camisinha.			,480	,739
Item 46 - Eu converso com meu parceiro (a) sobre o uso de camisinha.			,465	,689
Item 99 - Eu sei onde posso conseguir camisinha			,460	,496
Item 100 - Eu sempre tenho camisinha comigo			,566	,503
Item 40 - O parceiro (a) fica com raiva quando peço o uso da camisinha	,296	,106	-,008	,687
Item 63 - Pode-se pegar Aids usando a mesma roupa.	,303	,108	-,017	,563
Item 76 - Não me sinto à vontade em discutir sexualidade com meus amigos ou conhecidos, não acho correto falar sobre este assunto;	,319	,311	,253	,579
Numero de Itens	16	07	06	
Valor Próprio	5,178	3,424	1,914	
% da Variância Total	17,18	10,70	5,98	
Alfa de Cronbach	,814	,774	,58	

Nota: h^2 = Comunalidade; em negrito os itens considerados para interpretação do fator.

Assumindo uma saturação mínima de 0,35 para o enquadramento de itens em um componente, observa-se a seguinte conformação dos fatores:

Fator 1 – Percepção de Vulnerabilidade Social: é composto por 16 itens, cujas saturações variaram de 0,36 (item 49) a 0,61 (item 42), com valor próprio (*eigenvalue*) de 5,178 explicando 17% da variância total, com consistência interna boa (Alpha de Cronbach = 0,81). Seus itens se referem a normas sociais; referências culturais; suporte social; relações de gênero e acesso a educação.

Fator 2 – Percepção de Vulnerabilidade Programática: este fator é composto por 07 itens com saturações variando de 0,47 (item 72) a 0,65 (item 84), obtendo valor próprio de 3,424 e explicando 11% da variância total, apresentando boa consistência interna (alpha de Cronbach= 0,77). Seus itens se referem definições de políticas específicas; planejamento e avaliação das políticas; organização do setor de saúde; qualidade dos serviços; integração entre prevenção, promoção e assistência e compromisso e responsabilidade dos profissionais.

Fator 3 – Percepção de Vulnerabilidade Individual: é composto por 06 itens com saturações variando de 0,44 (item 39) a 0,56 (item 100), apresentando valor próprio de 2,1 e explicando 6% da variância total. Apresenta consistência interna razoável (alpha de Cronbach = 0,58). Seus itens se referem a valores pessoais; conhecimentos; atitudes; comportamentos; relações afetivas sexuais e situações psicoemocionais.

O alfa de Cronbach mede a possibilidade de um conjunto de itens ou variáveis estar realmente relacionado a um único fator. Quando os itens estão estruturados em vários fatores o alfa de Cronbach geralmente é baixo. Segundo Hair, Anderson, Tatham e Black (2005), são considerados valores adequados para o alfa de Cronbach, a partir de 0,60. Porém como salienta Pasquali (2003), quando o número de itens é pequeno este dado deve ser relativizado, visto que neste caso o próprio item em análise afeta substancialmente o escore total a seu favor. Talvez esta explicação seja pertinente para o baixo índice alcançado pelo terceiro fator.

Finalmente, foi feita a renumeração dos itens que compõem a Escala de Percepção frente à Vulnerabilidade para DSTs/HIV e gravidez não planejada para Adolescentes Jovens, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Renumeração da Versão Final da Escala de Percepção frente à Vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes Jovens

Escala Vulnerabilidade					
Vulnerabilidade Social		Vulnerabilidade Programática		Vulnerabilidade Individual	
<i>1ª Versão</i>	<i>Versão Final</i>	<i>1ª Versão</i>	<i>Versão Final</i>	<i>1ª Versão</i>	<i>Versão Final</i>
Item 18	Item 2	Item 72	Item 01	Item 34 -	Item 24
Item 21	Item 3	Item 78	Item 18	Item 39 -	Item 25
Item 26	Item 4	Item 79	Item 19	Item 44 -	Item 26
Item 28	Item 5	Item 80	Item 20	Item 46	Item 27
Item 31	Item 6	Item 82	Item 21	Item 99	Item 28
Item 32	Item 7	Item 83	Item 22	Item 100	Item 29
Item 37	Item 8	Item 84	Item 23		
Item 41	Item 9				
Item 42	Item 10				
Item 45	Item 11				
Item 49	Item 12				
Item 54	Item 13				
Item 68	Item 14				
Item 69	Item 15				
Item 71	Item 16				
Item 87	Item 17				

Em síntese, os resultados evidenciaram um instrumento com 29 itens, dividido em três fatores, que se propõe a medir a vulnerabilidade de adolescentes jovens, tendo como base os pressupostos de Ayres, Paiva e França Jr (2012), no qual a percepção de vulnerabilidade é compreendida a partir de três dimensões: a individual, social e programática-, reunindo evidências empíricas suficientes acerca de sua estrutura fatorial e consistência interna.

CAPÍTULO IV
Estudo II. Construção da Estratégia da Intervenção Psicoeducativa

4.1 Fundamentação Teórica

Parte-se da premissa que não existe sujeito individual, o que se descreve como a individualidade do sujeito é a compreensão que o “eu” não está sozinho no mundo, existe sempre o “outro” fora do “eu”, o que leva o indivíduo a se identificar como ser único e diferente e atribuir a ele o predicado de individual. Mas a terminologia *in-dividuo*, aquele que não pode dividir, o que permanece coeso, não é sempre o mesmo. Se é do “outro” que vem a resistência, que o faz perceber como sujeito único, então são sempre diferentes os predicados que, ao ser atribuídos a terceiros, identifica o “eu”, então esta individualidade não pode ser “*mesmidade*” (o mesmo), mas “*ipseidade*” (pelo mesmo) (Ayres, 2003; Ricoeur, 1991).

Com base nesta compreensão, observa-se que nas práticas de saúde que o sujeito é tratado predominantemente como um ente individual e permanente, como *mesmidade*, e, ao se considerar este âmbito como fator único e total do indivíduo, torna-se mais difícil chegar ao âmago dos processos mais vivos de sua constituição enquanto tal. Assim são perdidas as mais ricas possibilidades de participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos no que se refere à saúde (Ayres, 2003).

Neste sentido, a estratégia de Intervenção psicoeducativa, nos moldes de uma oficina, tem com base uma proposta de aprendizagem compartilhada, por meio de atividade grupal face a face, como teatro e vivência em grupo, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento e repensar as formas de atuação e as crenças institucionais que vigoram e expõe o indivíduo a vulnerabilidade (Soares, Amaral, Silva & Silva, 2008). As oficinas irão proporcionar espaço onde não se trabalha com saberes disciplinares específicos, mas com vivências, que podem compor novo saberes, apoiado no diálogo, reflexões, experiências de vida e trocas (Paes, Carvalho & Denadai, 2011).

4.2. Método

4.2.1 Bases Teóricas da Construção da Intervenção Psicoeducativa

O conteúdo das intervenções foram construídas a partir dos pressupostos da Teoria da Vulnerabilidade (Ayres, 2002, 2003 e 2007) e, primordialmente nos estudos de Ribeiro (2010), Soares, Amaral, Silva e Silva (2008) e Ayres et al. (2003). Abordaram os principais fatores determinantes na vulnerabilidade de adolescentes jovens à contaminação por DST/HIV e gravidez não planejada, segundo os estudos no contexto da Paraíba. Contudo os moldes, passos, da intervenção visando à mudança na intenção comportamental foi baseada na teoria da Ação Planejada, (Ajzen, 1991), considerando que a explicação dos comportamentos relacionados com a saúde, ou seja, a relação do sujeito com a sua saúde, é complexa e mediada por variáveis muito diversas, entre as quais se destacam vários atributos psicológicos (a percepção de controle, o otimismo, a auto eficácia), estilos de confronto com o stress, estratégias de *coping*, crenças de saúde, estados emocionais, crenças e atitudes, normas subjetivas, apoio social, entre outras (António, 2010).

Não obstante, uma abordagem educativa com ênfase apenas nos processos cognitivos revela-se insuficiente para atingir a totalidade dos problemas, uma vez que os fatores emocionais e sociais (pertença a um grupo, papéis de gênero) desempenham grande influência na adesão ao uso do preservativo. Neste contexto, para que a intervenção seja eficaz deve-se focalizar na intenção do indivíduo, comportamento volitivo, para realizar um determinado comportamento, neste caso o uso do preservativo. Portanto, o processo deve abarcar os fatores cognitivos, como as crenças sobre o uso do preservativo e o nível de conhecimento que a população adolescente e jovem possui sobre o insumo e sua relação com as DSTs e gravidez não planejada e como eles avaliam a mesma. Na questão de afetos positivos e negativos, este contexto também deve abarcar as crenças sociais e como elas ponderam a influência grupal (pressão social) sobre o uso do preservativo e os recursos para obtenção dos mesmos.

Não obstante, deve-se também observar o controle do comportamento percebido pelos indivíduos que refere-se à percepção das pessoas sobre a facilidade ou dificuldade de realizar o comportamento de interesse, e geralmente faz, variando de acordo com situações e ações (Ajzen, 1991). Assim sendo, quanto maior a conscientização da carga ideológica que as diferenças de gênero e normas sociais possuem, atreladas a um maior repertório comportamental de respostas as demandas, focalizando na prevenção pessoal, resultarão em menores chances de vulnerabilidade as DST/HIV e gravidez não planejada.

4.2.2 Planejamento da Intervenção Psicoeducativa

As observações anteriormente apresentadas destacam aspectos importantes a serem considerados na elaboração de uma intervenção voltada a adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidades a contaminação pelo vírus HIV, como de outras DSTs e gravidez não planejada. A partir dos conceitos-chave, contexto social e histórico da sexualidade e das ideologias de gênero, e de achados empíricos relatados na literatura, buscou-se compreender a realidade específica desta população. Para isso, foram previamente selecionados, com base nos pressupostos teóricos apresentados, possíveis temas a serem incluídos em uma intervenção psicoeducativa que possa ser realizada de forma eficaz e que abranja os principais fatores associados à dificuldade de se manter relações sexuais seguras, como apresentada na Tabela 9.

Tabela 9 – Fatores a serem abordados nas intervenções

Fonte	Individual	Social	Programático
Jovens	Sentimento de Invulnerabilidade; antagonismo na confiança e o uso do preservativo; Crenças associando o uso do preservativo à diminuição do prazer;	Carência de suporte familiar; a sexualidade como tabu; o discurso biológico na instituição escolar e a censura no diálogo;	Necessidade de uma educação menos formal; campanhas de prevenção muito verticalizadas; ausência de um setor específico no sistema

Crenças na associação do preservativo com profissionais do sexo e desconhecidos	Crenças no amor romântico; Ideologia dos papéis de gênero;	de saúde para receber e orientar esta população;
---	--	--

Seguindo estes pressupostos, a intervenção foi estruturada em três encontros, com duração de uma hora e trinta minutos em média, acontecendo em dias consecutivos, com a presença de dois pesquisadores, um no papel de mediador e o outro de auxiliar. O primeiro encontro abordou a apresentação dos participantes e uma dinâmica sobre a vida de uma adolescente e sua primeira relação sexual (Dinâmica 1 - vide apêndice 6). Coube ao mediador escolher quatro jovens para representar as vozes dos personagens de uma estória, cujo relato é dividido em três atos, e a cada ato solicitado ao grupo que reflita e discuta as condutas dos personagens.

No segundo dia o grupo foi dividido em três equipes. Cada equipe representou uma situação sobre decisões a serem tomadas frente a um relacionamento amoroso e a negociação do preservativo (Dinâmica 2 - vide apêndice 7). A cada apresentação o grupo relatou sua vivência no papel do personagem e foi solicitado a todo grupo que expusesse a sua visão e o que poderia ser questionado a partir do exposto.

O terceiro encontro foi dedicado a situações mais objetivas, como por exemplo, a correta utilização do preservativo masculino e feminino. Foi finalizado com o relato dos adolescentes jovens acerca do que foi vivenciado nos encontros, finalizando com propostas sobre o que pode ser feito no ambiente escolar em termos de prevenção e promoção das DSTs e gravidez precoce.

De forma geral, a intervenção aqui citada aborda em seu conteúdo a base da vulnerabilidade e é moldada na teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1991), com o propósito de intervir para que os adolescentes e jovens possam manter comportamento preventivos, possibilitando aos mesmos uma vida sexual sadia, como demonstra a Figura 6

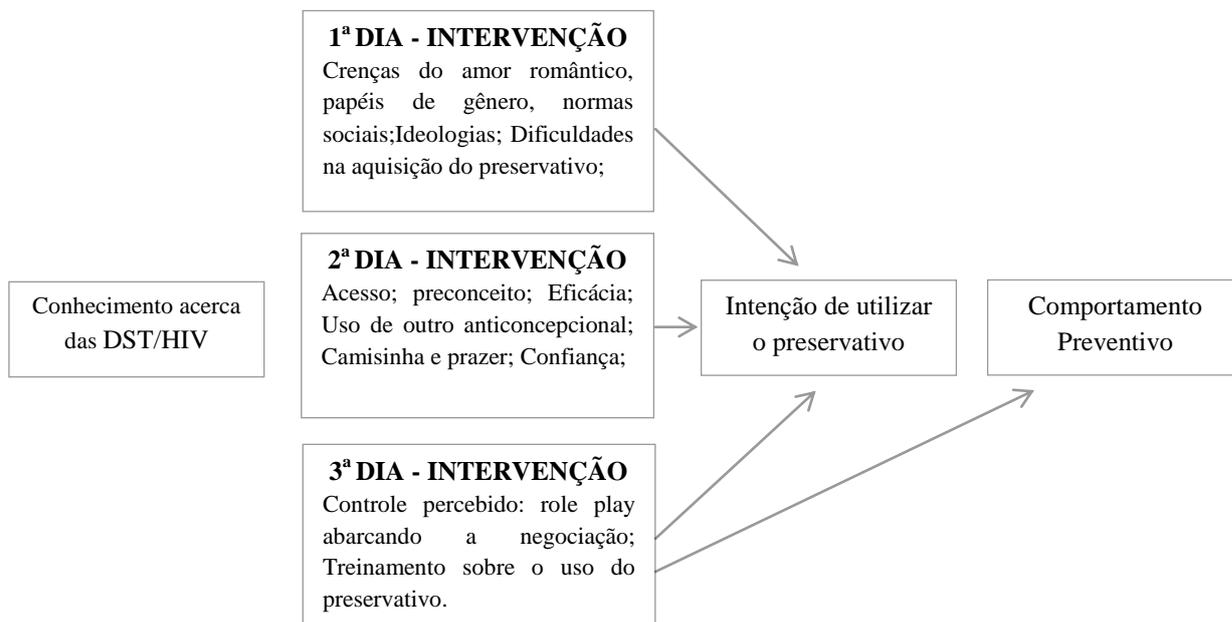


Figura 6 – Conteúdo e o modelo da Aplicação da Intervenção e resultados esperados

4.3 Validação da Intervenção Psicoeducativa: estudo piloto

Como forma de garantir uma melhor execução dos procedimentos, a forma de aplicação e sua sequencia, e compreensão dos conteúdos abordados na intervenção, foi realizado um teste piloto.

4.3.1 Amostra/Participantes

A população do teste piloto foi composta por oito adolescentes e jovens, que cursavam o ensino médio, na faixa etária de 15 a 20 anos, sendo quatro do sexo masculino. Para que a amostra fosse representativa dos grupos - escolas públicas e particulares - igualou-se a quantidade de participantes de cada composto (quatro da pública e quatro da particular). Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica tipo “bola de neve”, - tendo em vista que a validação da intervenção ocorreu no mês de Janeiro e as instituições escolares estavam em férias - foi solicitado a um aluno de escola pública e outro de uma escola particular que convidasse mais três amigos, sendo que um deveria ser do mesmo sexo deles e os outros dois

do sexo oposto, desta forma conseguiu-se uma população igualitária tanto quanto ao sexo quanto à instituição.

4.3.2 Procedimentos

Após o contato com os adolescentes jovens, foi informado aos mesmos o intuito da pesquisa e solicitado que se caso desejasse participar, assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo garantido o sigilo das informações e anonimato. Para os adolescentes menores de 18 anos (cinco participantes), os pesquisadores entraram em contato com os responsáveis legais, pedindo autorização dos mesmos. Além disto, foram solicitados aos adolescentes (menores de 18 anos) seus assentimentos livres e esclarecidos na medida de sua compreensão, deixando claro que a participação é voluntaria e a qualquer momento eles poderiam desistir da participação e que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo, sem danos nenhum.

O teste piloto foi realizado na sala de Especialização do Centro de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Paraíba, no qual estava presente um pesquisador previamente treinado. A validação iniciou em uma terça feira e se encerrou as atividades na quinta feira, com duração em média de uma hora e quinze minutos a cada dia. Após a aplicação de cada atividade que compõe a intervenção, nos últimos quinze minutos eram solicitados aos participantes que informassem qual o tema discutido no dia, se havia dificuldade de compreensão e a opinião dos mesmos sobre o trabalho. Estas informações foram gravadas e sua autorização estava presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que os adolescentes e responsáveis legais assinaram.

4.3.3 Análise dos Dados

Os conteúdos gravados sobre a percepção dos adolescentes e jovens sobre a intervenção psicoeducativa foram transcritos e analisados com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados e processado de acordo com a proposta de Figueiredo (1993).

4.3.4 Resultados e Conclusões

Com base nas informações inqueridas aos participantes sobre a avaliação da intervenção os dados foram classificados em três subcategorias: Primeiro Dia; Segundo Dia e Terceiro Dia. Como forma de compreender os dados, cada categoria será analisada separadamente.

4.3.4.1 Primeiro dia da Intervenção

Os dados apresentados pelos participantes demonstraram que houve compreensão do conteúdo (A estória de Camila – Apêndice 6) e que o objetivo das atividades realizadas neste dia foi eficaz e que os temas suscitados realmente corresponderam com o planejamento prévio, como demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 – Classe temática e discursos referentes à avaliação das Atividades do Primeiro dia da Intervenção Psicoeducativa

Categoria	Subcategoria	Discursos
Primeiro Dia	Tema Discutido	“A iniciação Sexual dos jovens e como corremos perigos” (feminino1); “A iniciação sexual não é planejada” (feminino 4); “Como tendemos a achar que usar camisinha é ruim e o engraçado é que muitas vezes nem experimentamos, vamos pela opinião do outro” (masculino 2); “Que as informações erradas ainda existem, como que a primeira transa não engravida e que só prostituta e veado

transmitem Aids” (masculino 3);

“A crença errada de que quando amamos devemos confiar, mesmo correndo o risco de quebrar a cara, como foi o caso de Camila” (feminino 2);

“Como nunca percebemos como é estúpida a crença de que ainda é obrigação do homem escolher e querer utilizar a camisinha é direito nosso, ou eles usam ou não tem sexo” (feminino 1)

“Que não devemos deixar que os papéis de gênero dominem nossas escolhas, devemos ser livres e procurar o melhor para mim, me protegendo protejo a minha parceira” (masculino 1)

Compreensão

“Eu gostei, achei bem fácil de entender” (masculino 4);

“Acho que as escolas poderiam fazer desta forma, dá vontade de participar é legal e conscientiza, tiramos duvidas, que não dá para fazer com os livros e nem com o professor” (feminino 2);

“Realmente gostei e faz com que nos identifiquemos, me coloquei no lugar de Camila e vejo que eu tenho que estar muito segura e consciente para não entrar em buraco de siri” (feminino 1)

Opinião

“Acho que na hora das discussões se deve perguntar mesmo para os jovens sobre confiança, pois acreditamos que se amamos devemos confiar, para mim é difícil ainda ver estas questões, por isso acho que deve bater muito na tecla” (masculino 4);

“Também acho, bom sempre falam que devemos confiar nas pessoas que amamos e tudo é confiança, este assunto é bem polêmico” (feminino 2);

“Também acho e para dizer mais, para mim quando confio vejo que não preciso usar preservativo, principalmente se ele usa a pílula” (masculino 2)

“Tenho a opinião que vale a pena trabalhar nesta área, pois eu entendi que confiar e amar não é a mesma coisa, só embaralhamos o meio de campo, eu confio no outro quando quero o melhor para ele e para mim, então confio que se ele me ama vai utilizar o preservativo, mas é um problema que se deve conversar” (feminino 1)

Na subcategoria *Temas Suscitados*, os adolescentes jovens demonstraram que as construções sociais ainda perduram no momento de determinar o uso do preservativo ou não, e que esta escolha ainda é focalizada no homem cabendo à passividade feminina. Na subcategoria *Compreensão* se confirmou a dificuldade de diálogos abertos, no qual o tema sexualidade possa ser trabalhado de forma mais ampla, não se limitando a estrutura do livro didático e informações apenas de cunho biológico, o que problematiza o tema prevenção, pois os mesmos não se identificam com o conhecimento, não se percebendo no controle de seus atos.

Por fim, na última subcategoria *Opinião*, o principal tema que segundo os participantes deveria ser trabalhado de forma mais direcionada é a confiança, tendo em vista que para eles existem dificuldades é desassociar a confiança da premissa do amor, sendo o mesmo algo sólido e o principal determinante para que os adolescentes jovens deixem de utilizar o preservativo. Portanto, a partir do exposto, se levará em considerações as colocações realizadas por este estudo piloto e será acrescentado na versão final da Intervenção Psicoeducativa um tópico na lista de discussões do mediador à temática confiança, no caso da mesma não ser abordada pelos futuros participantes do estudo 3.

4.3.4.2 Segundo dia da Intervenção

A segunda categoria diz respeito aos conteúdos emergidos após as dinâmicas realizadas no segundo dia de intervenção, a qual teve como base dos trabalhos a negociação do uso do preservativo nas relações amorosas (Apêndice 7). Os presentes dados também demonstraram que houve compreensão por parte dos participantes e que os temas suscitados correspondem às demandas iniciais, desenvolvidas a partir da revisão da literatura, como Ayres (2003 e 2007), Ribeiro (2010) e Soares, Amaral, Silva e Silva (2008). Estes dados estão presentes na Tabela 11.

Tabela 11 – Classe temática e discursos referentes á avaliação das Atividades do Segundo dia da Intervenção Psicoeducativa

Categoria	Subcategoria	Discursos
Segundo Dia	Tema Discutido	<p>“O medo das pessoas descobrirem que os adolescentes podem estar fazendo sexo” (feminino 4);</p> <p>“A vergonha que temos de comprar camisinha na farmácia ou pegar no posto, pois sabemos que o povo faz cara feia” (masculino4);</p> <p>“Que entre correr o risco de pegar doenças ou que as pessoas descubram, preferimos o primeiro, é difícil usar o preservativo, não é simplesmente burrice é vergonha” (masculino 1);</p> <p>“Outro tema é a estória de Fernanda e Pedro, as mulheres ainda tem muita dificuldade de pedir ao homem para usar o preservativo” (feminino3);</p> <p>“Que devemos negociar temos direito a saúde, a questão é saber se impor e não ter medo de perder, pois se ele não quer usar ele não se preocupa com a gente, somente com o prazer dele” (feminino 2);</p> <p>“Também devemos ter cuidado com a automedicação, iniciamos a vida sexual sem orientação nenhuma, tomamos a pílula por orientação de amigas, o que é bom para ela talvez não seja para mim” (feminino 2)</p> <p>“Que devemos deixar de lado o que achamos que é do homem ou da mulher, tem que ser o melhor para os dois, devemos lutar para isto” (masculino 2)</p>
	Compreensão	<p>“No começo fiquei com vergonha de fazer o papel, mas nos faz compreender mais, pois fiquei me imaginando no local dela e não quero nunca passar por isto” (feminino 4);</p> <p>“É ótimo, dá para a gente compreender direitinho, não só a informação, mas também o sentimento, se acontecer comigo a partir de hoje saberia como agir” (feminino 2);</p> <p>“Puxa, é massa, me fez pensar como é difícil, agora não apenas sei como o homem se sente, penso na mulher e vejo que cabe a mim também mudar” (masculino 1)</p> <p>“Muito bom, Fiz o papel do Fernando, do grupo III e vejo como somos irresponsáveis, me fez refletir e não querer fazer com que ninguém que eu me envolva fique igual à Dorothy” (masculino 3)</p>

Opinião	<p>“Acho que este está perfeito, fazer peças de estórias foi legal, principalmente porque você se sente na estória, como se fosse você” (masculino 4)</p> <p>“Neste não tenho nada a acrescentar, gostei muito” (feminino 1)</p>
---------	--

Os achados apresentados na subcategoria *Tema Discutidos* demarcando a dificuldade dos adolescentes jovens de solicitar o preservativo nos postos de saúde e sua compra nas farmácias devido ao medo do julgamento social por partes dos profissionais de saúde ou simplesmente pela descoberta da prática pela comunidade e genitores. Também foi confirmada que este receio pode levar os adolescentes jovens a automedicação podendo trazer dificuldades à saúde dos mesmos e pouca garantia de eficácia do método, principalmente da pílula anticoncepcional. Por fim esta subcategoria reafirma a dominância do sexo masculino nas relações afetivas e sexuais, perdurando o estereótipo que é o homem que deve escolher entre o uso ou não da camisinha e deve portá-la.

A subcategoria *Compreensão* atingiu o nível proposto para esta atividade, os adolescentes jovens não apenas compreenderam a informação no nível cognitivo, mas também vivenciaram a mesma no lado afetivo, criando subsídios para seu repertório comportamental, o que possibilita um maior locus de controle frente à situações semelhantes, portanto, aumentando as chances de uma prevenção mais eficaz e constante. Por fim, os participantes não apresentaram nenhum outro tema que deveria subsidiar a dinâmicas, na subcategoria *Opinião*, reafirmando que as mesmas eram eficientes para o propósito do estudo.

4.2.4.3 Terceiro dia da Intervenção

Por fim, os dados provenientes desta última categoria também vêm reafirmar a validade da intervenção e sua adequação para a população adolescente jovem, podendo ser uma abordagem bem mais efetiva para prevenção das DST/HIV e gravidez não planejada, tendo em vista que não aborda apenas os fatores cognitivos individuais, mas abarca também as crenças sociais e programáticas. As colocações dos participantes acerca das últimas atividades se encontram na Tabela 12.

Tabela 12 – Classe temática e discursos referentes á avaliação das Atividades do Terceiro dia da Intervenção Psicoeducativa

Categoria	Subcategoria	Discursos
Terceiro Dia	Tema Discutido	“A utilização na prática do preservativo” (masculino 4); “Ensinar como colocar a camisinha corretamente” (masculino1); “Discutir que saber usar e ter a camisinha sempre não depende do sexo, mas de saber se amar” (feminino 1); “Perder a vergonha e poder ter prazer sem medo e encabulação, direito meu” (feminino3); “Entender que iniciar a vida sexual é uma escolha minha e não posso deixar me levar pelo que os outros pensam, mas saber que tenho que estar preparada para defender minha saúde” (feminino 4); “Tanto mulher como o homem devem sempre ter preservativo consigo” (feminino 3) “Quebrar barreiras, achamos que sabemos usar a camisinha, mas na prática não, pois ficamos com vergonha e achando que vamos ser julgados como menos homens se admitirmos” (masculino 2) “Que é necessário aprender na prática, achei que sabia mais não acertei colocar nas duas primeiras tentativas na prótese, abri a camisinha errada e deixei entrar ar, quando for fazer na realidade já não vou cometer erros” (masculino 1)
	Compreensão	“Deu vontade de rir, olhando para o pênis, mas achei ótimo, nunca fizeram isto na escola” (feminino 2)

	“Perfeito, já sei usar e vou exigir quando for transar” (feminino 1)
	“Muito bom, as dúvidas somem, aprendemos realmente” (masculino 2)
Opinião	“Como a de ontem, achei ótimo e perfeito” (feminino 2)
	“Não esta faltando nada, valeu, me sinto mais preparado e vejo como era cego antes” (masculino 1)
	“(risos) éramos um bando de cegos sendo guiados por outros cegos, por isto as pessoas ainda pegam a doença (masculino 3);

A primeira subcategoria *Tema Discutido* demonstra a necessidade de conteúdos práticos, como forma de capacitar estes adolescentes jovens, informação sem aplicação não possibilita realmente o sucesso da intervenção, neste contexto ao sinalizar a importância do preservativo na proteção da vida e direito de todos, fez-se necessário investir tempo para o manejo adequado do mesmo, o que demonstrou que além da capacitação, esta prática quebrou barreiras de gênero e preconceitos existentes, facilitando, portanto a aquisição do insumo e promovendo uma maior intenção comportamental.

No que tange a segunda subcategoria *Compreensão* os dados demonstraram que um diálogo aberto e conteúdos que possam transpor a simples ilustração dos livros - contato com os insumos e utilização de próteses genitais para auxiliar no ensino da utilização dos mesmos -, facilita a compreensão e sanção das dúvidas, permitindo uma melhor adequação do que esta sendo aprendido. Por fim, como nas atividades realizadas no segundo dia, os participantes não apresentaram novas colocações de temas ou melhorias para as atividades, afirmando que as mesmas se tornaram eficientes e compreensíveis segundo o que havia sido proposto.

Em conclusão, afirma-se que a presente intervenção psicoeducativa é indicada para o público adolescente jovem, sendo de fácil compreensão e abordando os principais entraves que facilita a vulnerabilidade dos adolescentes jovens as DST/HIV e gravidez não planejada,

contudo faz-se necessário a investigação se a mesma é mais eficaz que os métodos aplicados na atualidade pelo sistema educacional e pelo ministério da saúde, que abordam aulas diretivas, palestras e propaganda. Esta avaliação é o fundamento do Estudo 3 apresentado no próximo capítulo, e a sua avaliação será através da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens construída e validada no Estudo 1.

CAPÍTULO V
Estudo III. Avaliação da Intervenção Psicoeducativa

5.1 Introdução

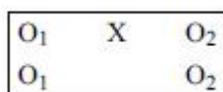
Este estudo parte do pressuposto de que, para ocorrer modificação na prática do uso do preservativo de forma constante em todas as relações sexuais, as estratégias de prevenção às DST não podem se limitar apenas a transmitir informações focadas no indivíduo, mas abranger as construções históricas sobre sexualidade e desejo, como também as ideologias de gênero que limitam o comportamento a papéis sexuais. Assim, deve-se trabalhar na desestruturação da ordem posta que se focalizam nas normas sociais, dando subsídios de conscientização buscando desnaturalizar estas crenças colocando indivíduo no controle de suas ações e vida.

Para alcançar este objetivo foram comparados os resultados de dois grupos, um que teve como base de prevenção um modelo, focalizado em palestras e transmissão de informações e outro que utilizou um modelo de intervenção psicossocial, desenvolvido no Estudo 2.

5.2 Método

5.2.1 – Delineamento

Foi utilizado um delineamento quase experimental com grupo de controle (comparação) não equivalente (Campbell e Stanley, 1979). Constitui-se, portanto, por um grupo experimental e outro de controle que respondem a um pré-teste e um pós-teste, sendo o primeiro submetido a uma intervenção, e o segundo a técnicas usuais (palestras). Esquemáticamente, segundo os autores citados, é representado como



onde O₁ e O₂ são os testes inicial e final, respectivamente, e "X" a intervenção psicoeducativa do grupo experimental.

5.2.2. Participantes

Segundo o planejamento inicial, seriam selecionadas através de sorteio, duas escolas de cada zona da cidade, sendo uma escola estadual e outra particular, onde seriam formados randomicamente dois grupos, o experimental (grupo que passará pela intervenção psicoeducativa) e o controle, compostos por 16 alunos, equiparados em relação a sexo, na faixa etária dos 14 aos 24 anos. Entretanto, dentre as três escolas particulares que permitiram realizar o primeiro estudo da presente pesquisa, apenas duas concordaram em permitir a realização da intervenção, uma da Zona Oeste e outra da Zona Sul, sendo assim, foram selecionadas duas escolas públicas das mesmas zonas, participantes da primeira parte do estudo, para equiparar as amostras e permitir confrontar os resultados.

Outra dificuldade encontrada foi a diferença na quantidade de alunos das instituições particulares e públicas, as escolas estaduais apresentavam um número reduzido de estudantes, chegando a nove alunos por turma, principalmente as concluintes, como terceiro ano, o que dificultou a formação do grupo controle e experimental, fazendo com que fosse reduzido o número de participantes de 16 para 10 alunos por grupo. A Tabela 13 apresenta o número de participante por grupo e instituição.

Tabela 13 – Participantes segundo o grupo amostral e grupo controle no pré-teste

Experimento	Sexo	Pública				Particular			
		Zona Oeste		Zona Sul		Zona Oeste		Zona Sul	
		Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
Intervenção	Experimental	05	05	05	05	05	05	06	06
	Controle	05	05	05	05	05	05	06	06

5.2.3 – Instrumentos

- Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para

Adolescentes Jovens: conforme descrito no estudo 1

- Relatos emergentes nas oficinas de intervenção.

5.2.4. Coleta dos dados

Tendo em vista que os contatos já haviam sido realizados no primeiro estudo, este iniciou solicitando a participação dos alunos. Os que aceitaram assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo aos participantes o anonimato das informações e autorizando a gravação de áudio das oficinas, através de mp3, possibilitando as análises posteriores. Apenas três alunos responderam com negativa ao convite de participarem da intervenção (um da instituição particular e dois da instituição pública). Neste caso foi realizado um novo sorteio e novos alunos foram convidados a participar.

Após a seleção randômica dos participantes, foi realizada a divisão entre grupo experimental e de controle, controlando a equidade entre os sexos. Para tanto foi dado a cada aluno um número - ímpar para os homens e pares as mulheres – efetuando a divisão entre os grupos. Após a formação dos grupos, os mesmos se direcionaram para diferentes ambientes, o grupo amostral ficava em uma sala de aula e o controle ia para o auditório, este procedimento foi realizado em todas as instituições. Em seguida, foram iniciados os processos de Pré-teste, intervenção e agendado o Pós-teste, conforme delineamento anteriormente estabelecido.

Pré-Teste: Foi aplicada a Escala de Percepção frente à Vulnerabilidade para as DST/HIV e Gravidez não planejada para Adolescentes Jovens para ambos os grupos (experimental e controle), com duração de aproximadamente vinte minutos, coletivamente com supervisão de dois pesquisadores previamente treinados (dois para cada grupo). Logo após a aplicação do instrumento teve início a intervenção para o grupo experimental e a palestra para o grupo controle.

Intervenção: As oficinas (intervenção) para o grupo experimental foram realizadas em três dias, com duração de uma hora e meia, ocorrendo no ambiente escolar, constituídas por

dinâmicas, através de role plays e discussões de temáticas relacionadas com a sexualidade, vulnerabilidade e atitudes frente ao uso do preservativo. Dois pesquisadores previamente treinados foram incumbidos de direcionar as atividades e tiveram papel de mediadores nas discussões da temática.

Para o grupo controle foram ministradas três palestras, em dias consecutivos e no mesmo horário em que estava ocorrendo à intervenção no grupo experimental, com duração de 45 minutos cada. A primeira palestra informou sobre o uso do preservativo e sua eficácia, a segunda sobre as principais DSTs que infectam a população jovem (destacando o HIV, HPV, Herpes, Hepatite, Sífilis e Gonorreia) e por fim a terceira palestra abrangeu as relações de gênero e suas diferenças na sociedade, todas elas foram baseadas em materiais veiculados pelo Ministério da Saúde a partir das cartilhas: Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais (Brasil, 2006) e Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST (Secretária de Saúde, 2006).

Tanto as intervenções quantas as palestras ocorreram no período de 19 de abril de 2012 á 28 de abril de 2012. Ocorreram nos turnos matutino e vespertino - duas escolas no período da manhã, uma pública e outra particular e o mesmo com o período da tarde. Procurou-se padronizar as mesmas condições em todos os grupos, neste caso os mesmos horários que ocorriam as palestras nas escolas estaduais eram os horários que eram marcados no setor privado, como uma forma de minimizar os erros aleatórios para que assim não interferissem nos resultados.

Pós-Teste: Após um intervalo de quatro meses, os pesquisadores retornaram às escolas para a reaplicação da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes Jovens, que ocorreu no período de 24 à 28 de setembro de 2012.

Tabela 14 – Participantes segundo o grupo amostral e grupo controle no pós-teste

Experimento	Sexo	Pública				Particular			
		Zona Oeste		Zona Sul		Zona Oeste		Zona Sul	
		Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
Pós-teste	Experimental	05	04	05	05	05	05	05	05
	Controle	05	05	05	05	05	05	05	05

No pós-teste, como demonstra a Tabela 14, houve a perda de cinco participantes, (Tabela 13), sendo uma participante da escola pública da zona oeste, do grupo amostral, por abandono escolar e quatro participantes da escola particular da zona sul (duas do sexo feminino e dois sexo masculino) - dois do grupo amostral e dois do grupo controle, por transferência devido à mudança de residência. Sendo assim, a amostra final foi composta por 39 participantes no grupo amostral (Experimental) e 40 participantes no grupo controle.

5.2.5. Análise dos Dados

Para os dados quantitativos (pré e pós-teste) foi criado um banco de dados através do Software SPSS. for Windows - versão 18, a partir de onde foram realizados testes estatísticos descritivos (medidas de posição) e testes de associação (test t ; qui-quadrado e correlação de Pearson). Para a verificação da eficácia da intervenção (diferenças entre o pré e pós-teste), foi utilizado o test t para amostras emparelhadas.

Os dados qualitativos referentes aos relatos dos participantes durante o processo de Intervenção Psicoeducativa, foram transcritos e analisados com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados e processado em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993):

Primeira Fase: Os relatos foram transcritos e analisados individualmente e a junção centrou nos conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e

estudada em função de cada grupo realizado, referindo às questões particulares de cada um.

Compreendeu duas fases:

- **1ª Fase:** Nesta fase, os grupos foram considerados individualmente, seguindo os seguintes procedimentos: (1) **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura, foram identificados alguns pontos preliminares, realizando anotações a respeito de aspectos relacionados à situação do grupo, como rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e estado afetivo. (2) **Marcação:** Foram selecionados trechos de conteúdos que corresponderem às Categorias emergentes, além de outros conteúdos também considerados importantes. (3) **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto. (4) **Junção:** Os trechos selecionados foram agrupados; ou seja, todas as anotações de um mesmo grupo foram dispostas em protocolos de análise. (5) **Notação:** Foram feitas observações marginais sobre os trechos, localizando-os na literatura e no contexto do grupo.

2ª Fase: os grupos foram considerados em conjunto e a junção se referirá a conteúdos comuns a todos. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiram os seguintes procedimentos: **Leitura Inicial:** Foi realizada uma leitura, na qual identificou os trechos cujos conteúdos foram comuns, dentro de cada Categoria. **Organização:** Esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais. **Notação:** Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias. **Discussão Final e Redação:** Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as oficinas.

5.3 Resultados e Discussões

5.3.1 Perfil da Amostra e Equivalência entre o Grupo Experimental e Controle

A amostra foi composta por 79 adolescentes jovens, matriculados no ensino médio em escolas públicas e particulares, divididos em dois grupos: Experimental e Controle, com média de idade de 17,19 anos com desvio padrão igual a 2,113. Os dados referentes ao perfil da amostra encontram-se na Tabela 15.

Tabela 15 - Características sócio demográficas da Amostra segundo o grupo Experimental e Controle

Variáveis	Grupo Experimental (N=39)		Grupo Controles (N=40)	
	N	%	N	%
Gênero				
Masculino	20	51	20	50
Feminino	19	49	20	50
Faixa Etária				
14 – 16 anos	10	25,6	21	52,5
17 – 19 anos	24	61,6	12	30,0
20 – 24 anos	05	12,8	07	17,5
Escolaridade				
Médio (1º ano)	07	17,9	20	50,0
Médio (2º ano)	03	7,7	16	40,0
Médio (3º ano)	29	74,4	04	10,0
Escola				
Pública	19	49	20	50
Particular	20	51	20	50

Observa-se, a partir da Tabela 15, a não equivalência dos grupos, principalmente no quesito faixa etária e escolaridade, decorrentes das características distributivas dos alunos nas escolas, com diferenças entre as públicas e particulares no que se refere ao sexo e faixa etária. Nesse caso, o pré-teste foi essencial para verificar se, inicialmente, os grupos de controle e de tratamento (experimental) são comparáveis, justamente na dimensão importante, o desempenho na variável dependente. Foi, então, analisado os dados obtidos no pré-teste para observar se esta finalidade foi alcançada, o que pode ser observado na Tabela 16.

Tabela 16 - Análise da equivalência do grupo controle e experimental a partir do pré-teste

Fatores de Vulnerabilidade	Grupo Experimental	Grupo Controle	<i>p</i>⁴
Vulnerabilidade Social	2,72	2,83	0,776
Vulnerabilidade Programática	4,45	5,32	0,071
Vulnerabilidade Individual	4,46	4,43	0,941

Os dados demonstraram não haver diferenças significativas entre os grupos, tendo como parâmetro os três fatores da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes Jovens, o que permite fazer comparações posteriores, após os tratamentos (intervenção e palestras), reduzindo o erro inexplicado ou aleatório, aumentando assim o poder do teste estatístico. Frente a esta condição de equivalência, foi dado prosseguimento ao processo de avaliação das intervenções entre os dois grupos.

5.3.2 Análise da Intervenção

A partir dos resultados obtidos na comparação entre os grupos experimental e controle nas medidas pré e pós-teste em relação à Média (M), Desvio Padrão (DP) e Mediana (Mdn), foi possível verificar que, de forma geral, os adolescentes e jovens apresentam maior vulnerabilidade no aspecto programático, seguido do individual e, posteriormente, do social. Verificou-se ainda que, independente do tipo de intervenção, houve diminuição da média de percepção de vulnerabilidade em todos os fatores da escala. (Tabela 17).

Tabelas 17 - Médias dos fatores da Escala de Percepção frente à Vulnerabilidade no pré-teste e pós-teste

	Vulnerabilidade								
	Fator 1			Fator 2			Fator 3		
	Vulnerabilidade Social			Vulnerabilidade Programática			Vulnerabilidade Individual		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
Pré-Teste	2,77	1,60	2,43	4,88	2,29	5,07	4,44	1,91	4,25
Pós-Teste	1,92	0,95	1,75	4,65	1,73	4,71	3,85	1,00	3,83

⁴Foi utilizado o teste *t* para amostras independentes, tendo como base o nível de significância de $p < 0,05$

No entanto, a partir dos resultados do teste t para amostras emparelhadas ($p \leq 0,05$), intragrupos (entre os grupos com a mesma intervenção decorrido o tempo de 4 meses), observaram-se diferenças estatisticamente significativas em alguns fatores de vulnerabilidade. Conforme pode ser verificado na Tabela 18, dentre os participantes que foram submetidos à intervenção psicoeducativa houve redução nos fatores de vulnerabilidade social e individual, enquanto para os participantes que assistiram somente às palestras informativas, houve redução no fator de vulnerabilidade social. Contudo, no que refere à vulnerabilidade programática, grupo experimental, observou-se um processo inverso, ocorreu um crescimento da média, apontando maior percepção de vulnerabilidade. Já no grupo controle, embora com diferença significativa apenas no fator social, observa-se que houve uma diminuição nas médias do fator de vulnerabilidade Programática, e aumento no fator de vulnerabilidade individual.

Tabela 18 – Comparação, a partir da média, de cada grupo antes e após a intervenção e a palestras

Fatores de Vulnerabilidade	Grupo Experimental			Grupo Controle		
	Pré-teste	Pós-teste	<i>P</i>	Pré-teste	Pós-Teste	<i>P</i> *
Vulnerabilidade Social	2,72	1,86	0,006	2,83	1,91	0,011
Vulnerabilidade Programática	4,45	4,58	0,767	5,32	4,72	0,183
Vulnerabilidade Individual	4,46	3,10	0,001	4,43	4,56	0,754

*Utilizou-se o teste t para amostras emparelhadas ($p \leq 0,05$), para comparação entre as médias.

A análise dos exogrupos (Tabela 19), ou seja, das modificações entre os grupos que receberam diferentes intervenções, conforme pode ser visualizado na Tabela 19, encontrou diferença estatisticamente significativa apenas no fator de vulnerabilidade individual, com menores médias entre os participantes do grupo experimental. Não obstante a ausência de diferença estatística, também foi observada redução na média dos fatores social.

Tabela 19 – Comparação entre o grupo controle e o grupo experimental após a intervenção

Fatores de Vulnerabilidade	Grupo Experimental	Grupo Controle	<i>p</i>
Vulnerabilidade Social	1,86	1,91	<i>0,585</i>
Vulnerabilidade Programática	4,58	4,72	<i>0,736</i>
Vulnerabilidade Individual	3,10	4,56	<i>0,000</i>

*Utilizou-se o teste t ($p \leq 0,05$), para comparação entre as médias.

Como forma de aprofundar as análises criou-se dentro dos endogrupos novos subgrupos a partir dos critérios: sexo e tipo de instituição (pública e privada), verificando se estas categorias apresentam algumas diferenciações frente aos fatores de vulnerabilidades, como pode ser observado nas Tabelas 20 e 21.

Tabela 20 - Comparação os resultados do pré-teste e pós-teste entre os sexos

Tempo	Vulnerabilidade	Grupo Experimental			Grupo Controle		
		Masculino	Feminino	<i>p</i>	Masculino	Feminino	<i>p</i>
Pré-teste	Social	2,57	2,86	0,588	3,13	2,47	0,224
	Programática	4,48	4,42	0,918	4,62	4,98	0,412
	Individual	4,23	4,70	0,426	4,04	4,84	0,207
Pós-teste	Social	1,90	1,82	0,771	2,26	1,71	0,132
	Programática	4,80	4,48	0,486	4,48	4,90	0,333
	Individual	2,97	3,24	0,606	4,18	4,96	0,166

*Para comparação entre as médias, utilizou-se o teste t para amostras independentes ($p \leq 0,05$).

Os resultados demonstraram não haver diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino. Estes dados demonstram, portanto, que as crenças normativas influenciam os indivíduos, criando posturas e modelos que são seguidos e visualizados como naturais, como parte do quadro genético dos cidadãos, tendo como base seus órgãos genitais. Assim, cada indivíduo se identifica com as regras impostas para seu sexo, adotando os comportamentos e visões de mundo referente ao seu e delimitando o que é próprio do outro, reforçando e confirmando os papéis sociais.

Quanto ao tipo de instituição (Tabela 21), a não diferenciação entre as categorias pública e privada pode estar vinculado ao porte das instituições que compuseram a amostra,

tendo em vista que as escolas particulares aqui representadas eram instituições de bairros populares, no qual a presença do aluno na instituição não demonstra um afastamento no status social dos alunos da escola pública. Observa-se, portanto, que os grupos têm em comum crenças compartilhadas e inserções nos mesmos valores sociais que irão decorrer de percepções semelhantes da realidade que os circundam.

Tabela 21 - Comparação dos resultados do pré-teste e pós-teste entre as instituições

Tempo	Vulnerabilidade	Grupo Experimental			Grupo Controle		
		Pública	Particular	<i>p</i>	Pública	Particular	<i>p</i>
Pré-teste	Social	2,65	2,78	0,813	3,23	2,45	0,155
	Programática	3,92	5,01	0,086	5,34	5,30	0,961
	Individual	4,95	4,03	0,123	4,04	3,78	0,076
Pós-teste	Social	1,66	2,07	0,127	1,82	2,18	0,335
	Programática	4,73	5,05	0,637	4,85	4,60	0,637
	Individual	3,15	3,04	0,830	4,41	4,70	0,604

Em síntese, os resultados apresentados permitem as seguintes considerações:

- Grupo experimental: a partir dos resultados do pré-teste, foi observado que apresentavam maior vulnerabilidade individual, seguido da programática e social. Após a intervenção, houve diminuição na vulnerabilidade individual e social (com diferença estatística significativa) e aumento na programática.

- Grupo Controle: os resultados do pré-teste apontaram maiores médias na percepção de vulnerabilidade programática, seguida da individual e social. Após assistirem às palestras, os resultados do pós-teste indicou diminuição na vulnerabilidade social (com diferença estatística significativa) e programática e aumento na vulnerabilidade individual.

- A intervenção psicoeducativa se mostrou eficaz na mudança da percepção de vulnerabilidade individual (com diferença estatística significativa), a partir do decréscimo das médias no grupo experimental e aumento no grupo controle.

A partir destas considerações, questiona-se principalmente: Quais os motivos que levaram a intervenção por meio de oficinas a diminuir a percepção de vulnerabilidade individual, enquanto as intervenções através de palestras informativas levam a um aumento nesta percepção? As oficinas estariam propiciando aos adolescentes o sentimento de autonomia e apropriação de si, enquanto as palestras os confrontariam com a possibilidade de contágio sem o desenvolvimento de recursos para sua prevenção e enfrentamento? De forma inversa, o que faz com que a percepção de vulnerabilidade programática aumente após a intervenção por oficinas e diminua com as palestras? As palestras, através da informação dos programas governamentais estariam passando uma aproximação aos recursos e insumos que não se confirma ao avaliar a realidade cotidiana? Para fazer frente a estes questionamentos, os diferentes fatores de vulnerabilidade serão discutidos articulados com as análises dos discursos dos participantes.

A partir das oficinas de intervenção, emergiram quatro Classes Temáticas, conforme pode ser observado na Figura 7. A primeira denominada Vulnerabilidade Social, apresenta uma Categoria – Crenças Normativas (subcategorias: Sociedade, Família, Religiosa e Culpabilização). A segunda Classe Temática, denominada Vulnerabilidade Programática, com a Categoria Acesso ao Insumo (subcategorias: Preconceito, Desvelamento da Sexualidade e Sigilo). A terceira Classe Temática, denominada Vulnerabilidade Individual tem três Categorias – Uso do Preservativo (Subcategorias: Inexperiência, Imprevisibilidade e Limitação do Prazer); Crenças de Gênero (Subcategorias: Papéis Sexuais, Estigma e Crenças Românticas) e Informação (Contraponto com a prática, Ausência de Diálogos); e por fim a quarta Classe Temática, denominada Ressignificação após Intervenção, com as Categorias Autopercepção e Autocuidado.

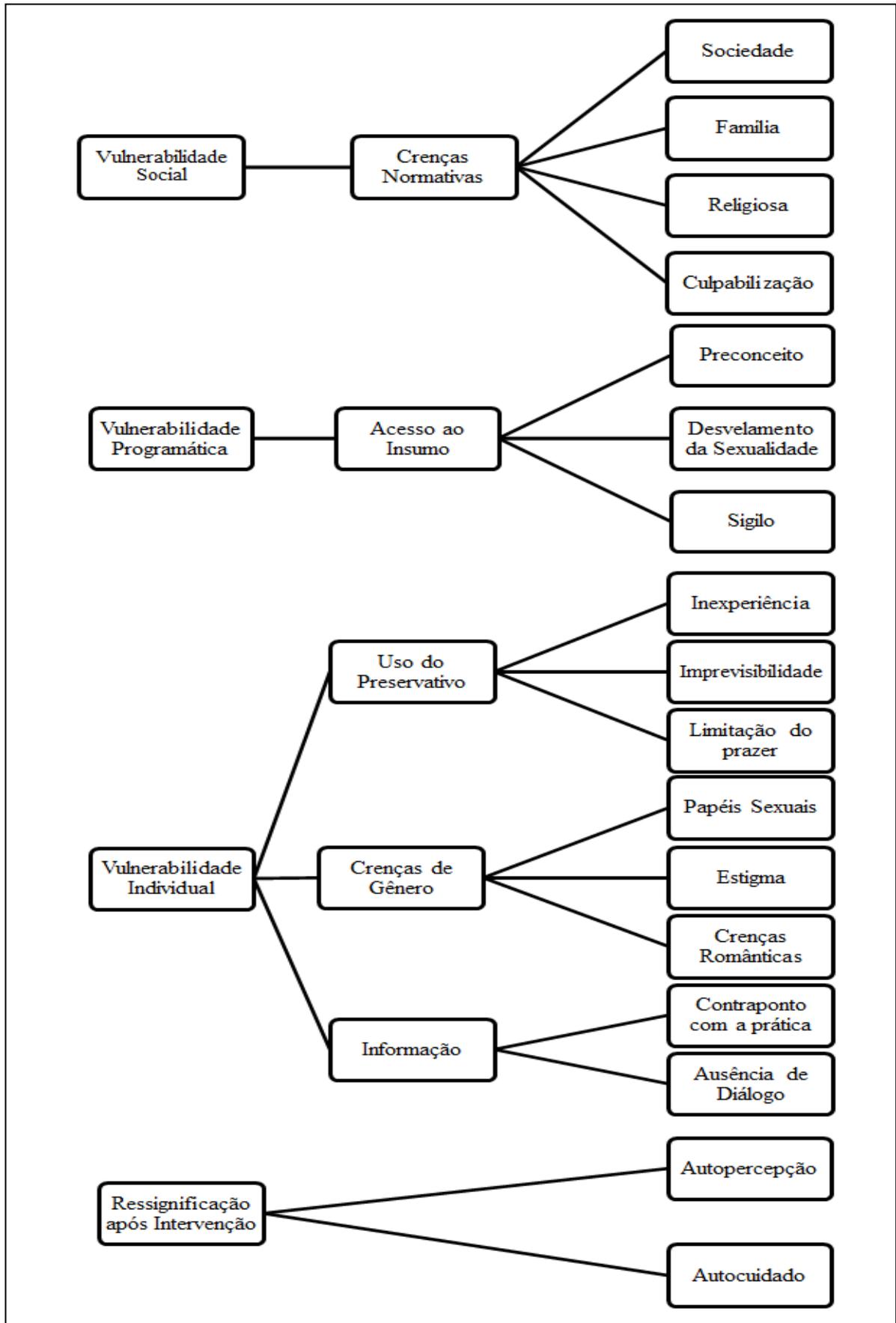


Figura 7 – Classes Temáticas, Categorias e Subcategorias da Análise dos Conteúdos emergentes das oficinas de Intervenção

Conforme já explicitado, as intervenções focavam na ação, proporcionando aos participantes que, ao se colocar no lugar dos personagens, trouxessem a discussão para a sua realidade, possibilitando a conscientização das ideologias dominantes e novas formas de agir. Assim sendo, como apresentado na Figura 8, *as crenças e as vivências*, em contextos de interação, dos adolescentes jovens podem ser representadas e revividas nas intervenções, o que possibilitou trocas entre os participantes, produzindo maior conscientização acerca dos cuidados de si.

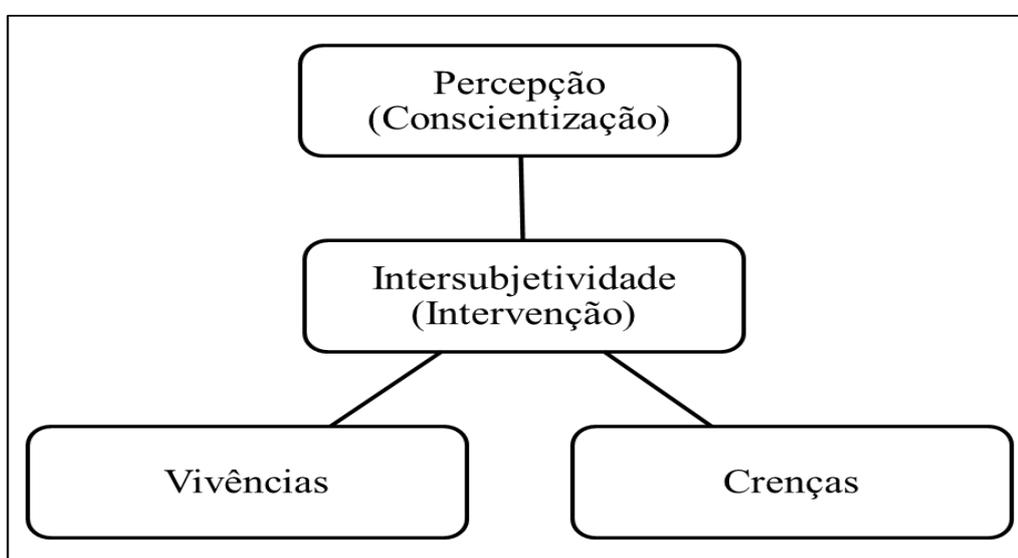


Figura 8 – Representação dos resultados da Intervenção no Grupo Experimental

Frente a esta premissa e compreendendo também que a vulnerabilidade individual é compreendida como intersubjetividade (Figura 8), isto é, como identidade pessoal permanentemente construída nas relações eu-outro, onde o social é o contexto destas interações e o programático se caracteriza como as formas institucionalizadas de interação; verifica-se a vinculação das crenças e vivências, a partir das quais se farão as discussões.

Embora não haja modificações significativas nos fatores vulnerabilidade social e programática, em comparação com o grupo controle, as especificidades que eles apresentaram no endogrupo no intervalos do pré-teste e pós-teste, demarcam características que os tornam

essenciais para compreensão dos resultados obtidos na vulnerabilidade individual. Ressalta-se assim a busca pela superação da dicotomização entre o individual e o coletivo no manejo das três dimensões constitutivas das análises de vulnerabilidade, visto que, como afirmam Ayres, Paiva e Buchalla (2012), o foco orientador das análises e ações baseadas nesta formulação passa a ser menos as identidades pessoais/sociais, do que as relações sociais que estão na base de situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de direitos humanos. Assim, embora a vulnerabilidade de indivíduos e coletividades esteja atrelada a características pessoais de magnitudes distintas, não se pode perder de vista a influência dos fatores sociais e programática na determinação de uma maior ou menor probabilidade de infecção pelo vírus HIV. Partindo dessa premissa, uma abordagem mais detalhada sobre a vulnerabilidade social e programática se faz necessária.

5.3.2.1 Percepção de Vulnerabilidade Social

A análise quantitativa da vulnerabilidade social destaca que, mesmo encontrando diferenças significativas no pré e pós-teste nos endogrupos (Tabela 18), estas mesmas diferenças não foram preconizadas ao comparar o exogrupo (experimental e controle) (Tabela 19). O fator social é a análise das relações sociais, dos marcos da organização e cidadania e cenário cultural. Nele se encontra o terreno, cenário, para todas as atuações individuais, as ideologias que moldam a consciência coletiva e as bases culturais de atuação individual.

Compreendendo que cada cultura e contexto social apresentam normas e crenças diferenciadas, procurou-se em ambas as intervenções – grupo controle (palestras) e grupo experimental (intervenção psicoeducativa) - apresentar às construções sociais referentes às relações de gênero e a construção da sexualidade na sociedade e como estes interferem na utilização do preservativo. O que diferenciou nos dois tipos de intervenção foi à forma de

ministração dos conteúdos: no grupo controle foi de forma expositiva e no grupo experimental através de debates e vivências nas quais eram colocados os códigos sociais e valorativos em função dos direitos individuais e sua adequação nas relações íntimas e na vivência do prazer.

Assim:

Palestras – Focou na necessidade de utilizar o preservativo em toda a relação sexual, abordou os últimos dados epidemiológicos e número de contágios na população adolescente jovens, mostrando a razão em referência ao sexo e a necessidade de negociação do insumo, para que assim se quebre com as barreiras impostas nas relações de gênero. Abordou que prevenção é necessária e o método mais eficaz de prevenção às DSTs é o preservativo.

Intervenção – Além de abordar todos estes temas os participantes debateram crenças, valores, relações familiares e culturais que impedem esta utilização e o que se poderia fazer para mudar esta realidade em seus posicionamentos. As respostas eram debatidas e novos posicionamentos eram discutidos.

A intervenção e a palestras foram avaliadas segundo a escala de percepção frente à vulnerabilidade às DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens, os itens que avaliaram estes quesitos se encontram na Tabela 22. Como pode ser observado o conteúdo referente às intervenções abarcaram as problemáticas referidas neste quesito.

Tabela 22 – Itens referentes ao Fator Vulnerabilidade Social da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens

Itens	Conteúdos
Item 2	Não é preciso usar camisinha com o namorado (a), pois existe confiança.
Item 3	Usar camisinha com o namorado (a) é o mesmo que dizer que não o ama ou não confia.
Item 4	A menina não pede ao parceiro para ele usar camisinha porque tem medo dele achar que ela tem muita experiência.
Item 5	Na primeira relação sexual não existe a necessidade de utilizar a camisinha, pois não há chances de engravidar.
Item 6	Só se usa a camisinha com pessoas que não se conhece.
Item 7	O uso da camisinha depende do tempo de namoro, quanto mais tempo tiver, menos precisa usar camisinha.
Item 8	Só se usa camisinha com profissionais do sexo.
Item 9	Se já existe o uso da pílula, não há a necessidade de se usar a camisinha.
Item 10	Só se deve usar camisinha com parceiros que ficam com várias pessoas

Item 11	Só se deve usar camisinha com desconhecidos
Item 12	Meu parceiro (a) fala que usar camisinha diminui o prazer.
Item 13	Pessoas de boa família não transmitem o vírus da Aids.
Item 14	É seguro fazer sexo, sem camisinha, com quem eu conheço e gosto
Item 15	Não existe necessidade de usar camisinha se usar a pílula
Item 16	Não pergunto sobre sexualidade porque considero minhas dúvidas bobas
Item 17	As informações dadas na escola sobre sexualidade fazem parecer errado ter vida sexual ativa

A discussão desta temática se fez necessária, pois se compreende que os contextos sociais são os solos propiciadores da intersubjetividade, nele se constrói as crenças e o modelo de signos que levarão os adolescentes jovens a interpretarem suas vivências na área da sexualidade, associando-as a valores e formando atitudes que estarão vinculados a comportamentos preventivos ou não. No contexto brasileiro a construção da sexualidade sempre foi associada a muitos tabus e preconceitos - descrevendo o que é considerado normal, quando se deve iniciar sexualmente (depreciando a sexualidade dos adolescentes jovens e idosos) e com quem - se instaurando uma perspectiva de pecado e moralidade o que dificultou a família e a escola de abordarem esta temática de forma aberta, prevalecendo zonas de silêncio e dificuldades na negociação do insumo por esta população (Priore, 2011; Stearns, 2010).

No debate apresentado pelo grupo experimental, os adolescentes jovens discutiram como as construções sociais e os valores atribuídos a elas dificultam e preconizam a vulnerabilidade às DSTs e a gravidez não planejada, destacando como principais dificuldades aquelas referentes às crenças sociais normativas que, segundo os participantes, fomentam o preconceito relacionado à relação sexual na adolescência/juventude e as crenças de gênero, conforme exemplificado nos seguintes recortes de falas:

Mas hoje em dia parece que quando estamos transando é algo errado, as pessoas chegam e falam é fim de mundo já está transando nesta idade, como se dois jovens

resolve fazer sexo fosse o fim do mundo, acho que daí vem à vergonha, a sensação é que é algo errado, que a gente não devia estar fazendo (Mas/pub/sul⁵).

E para a mulher é ainda mais errado, a sensação que se tem é que se você transa é uma qualquer. Acho que por isso que se tenta esconder, para não ser julgada (fem⁶/pub/sul).

Mas a sensação que se tem é que existe uma proibição, que não se pode fazer sexo (fem/part⁷/sul).

Proibir não proíbe não, não coloca sintoma de castidade em ninguém, porém faz medo, como se transar, pode arruinar sua vida, ninguém vai te querer para casar, vão ficar mal falada, estas coisas (fem/part/sul).

A questão que a mulher se permite ser, na prática é assim, toda a família quer que a filha case virgem e todo namorado que quer ser noivo quer a menina virgem, se não for assim acaba a sociedade falando querendo ou não (fem/part/oeste⁸).

Segundo os discursos dos participantes, os valores sociais estão presentes na avaliação das condutas dos jovens, onde as crenças vinculadas à sexualidade e aos padrões comportamentais referenciam o que é próprio do feminino e do masculino determinando, portanto, a conduta no relacionamento afetivo sexual. Preconizam que o poder das crenças normativas não está baseado na força física, mas no discurso e no medo do julgamento social. Enfatizam, no entanto, que embora este discurso não tenha o poder de limitar o comportamento, cria nos adolescentes jovens uma dissonância entre a prática e a avaliação da mesma, no sentido de estar realizando algo indevido, errado. Portanto, o ato é visto como algo que deve ficar relegado ao silêncio, escondido da sociedade, principalmente no caso das mulheres, que devem apresentar pureza e passividade, que são definidas através da

⁵ Mas = Masculino/ Pub = escola pública/ Sul = zona sul da cidade

⁶ Fem = Feminino

⁷ Part = Escola Particular

⁸ Oeste = Zona oeste da cidade

virgindade, cuja iniciação sexual antes do matrimônio preconiza a falta de enquadre no padrão de uma boa noiva e esposa.

Este contexto demarca uma dualidade: embora os adolescentes biologicamente possam gerar filhos, não tem capacidade emocional e social para tanto. Neste contexto, a sociedade se encarrega de garantir e normatizar o que é correto e ideal para cada fase da vida, ignorando as nuances individuais e preconizando, portanto, padrões que abrangem desde o período exato para a criança andar e falar, como também em seu desenvolvimento a idade correta para manter relações e originar novos seres (Abramo, 2005, Foucault, 1996). Neste contexto Silva e Abramovay (2007) descrevem que a fase da adolescência é confrontada pela vontade e as regras, formando uma ambiguidade, fatos estes que ajudam a compreender o porquê das noções modernas de adolescência aparecerem como períodos de interregno e de tensão potencial.

Neste campo ideológico, no qual prevalecem as regras demarcadas pelas relações de gênero e julgamento social destacam-se nos discursos dos adolescentes, duas instituições formadoras, a família e a Igreja. São elas que irão fomentar e disciplinar para garantir à adequação às normas vigentes. As duas instituições educam dentro destes paradigmas, limitando e direcionando o comportamento da criança a partir do seu órgão genital, onde o feminino é focado no ambiente familiar, na maternidade e no cuidado, cabendo a ela a passividade, tolerância, afetividade e obediência, enquanto o masculino é direcionado para o ambiente externo, sustento e força, cabendo a ele a agressividade e o poder para gerir seu negócio e sua família (Ribeiro, 2010; Foucault, 2007). Este direcionamento é legitimado, segundo a religião, pela própria vontade divina, a qual constituiu Adão, o primeiro homem e o cabeça da família e Eva, que se originou da costela de Adão e, portanto, submissa a ele (Cabral, 1995).

Esta concepção pode ser observada nos discursos dos adolescentes (abaixo) ao se referirem à educação dada pela família:

Os pais podem julgar mal, decepcionar, nossos pais ainda esperam que nós iremos esperar para o casamento, sei lá (fem/part/oeste).

É assim, creio que existe a questão da educação familiar e também uma questão da própria genética. Somo ensinadas a ser de família, casar, os meninos não (fem/pub/oeste).

Como falamos antes, é uma questão de educação que já vem de casa, o homem é educado para ser um garanhão, se não for à família se preocupa, porque pode ser veado. O pai já se preocupa em dá informações para um filho, para ele não engravidar nenhuma namorada ou nenhuma ficante. Para a mulher nada, oh se ela surge com esta, alguma filha surge com esta, conversa em casa é o fim do mundo (mas/pub/oeste).

A questão da família dela, ela morria de medo da família descobrir, pois se ela engravida não tem como dizer que engoliu uma melancia (fem/part/oeste).

Também ela e eu fazemos parte do mesmo grupo, minha família sempre foi muito católica e deste pequena tenho isto no meu coração, de casar virgem, meu namorado terá que esperar (fem/part/oeste).

Esta conversando com as meninas hoje, semana passada ouvimos uma palestra no bairro e distribuíram preservativos e coloquei na bolsa e levei para casa, minha mãe viu a camisinha e foi um escândalo, reclamou e o que eu estava querendo na vida, aí tive que explicar tudo, até ela se acalmar e levar com ela a camisinha (fem/pub/sul).

Minha tia tinha uma besteira que minha prima não poderia sair com o namorado só, que só namorava em casa, vigiava a coitada até dizer chega, e aí ela apareceu grávida e ninguém entendia como foi possível, ela transava na saída da escola, combinava com o

namorado, em um terreno baldio, em um murinho escondido, em plena tarde, e ela nunca desconfiou, se ela quer não tem como evitar (fem/part/oeste).

Eu tenho medo de ter uma relação sexual agora, antes do casamento, e de repente eu ficar grávida e meus planos e meus pais a confiança que eles depositaram em mim (fem/part/oeste).

Frente às elocuições referenciadas pelos jovens observa-se que as principais crenças afirmadas pela família se direcionam pelas diferenças anatômicas, determinando o que é esperado para os homens e para as mulheres, o que leva a uma das adolescentes a afirmar que o que preconiza a liberdade sexual dos homens é o fato deles apresentarem uma maior necessidade de sexo, fato este que é sustentado no determinismo biológico, indicativo da supremacia da masculinidade, particularmente, quando se refere à vivência da sexualidade. Corroborando com este dado Stearns (2010b) relata, a partir de uma análise histórica das relações de gênero, que essa percepção é construída socialmente, criando estereótipos em que a sexualidade masculina é reconhecida como incontrolável, cheia de permissões e incentivos, e a sexualidade feminina é recheada de cobranças e restrições, devendo ser despertada e estar subordinada à vontade do homem.

Os discursos, portanto demonstraram que o conteúdo vinculado ao domínio familiar diverge de acordo com o gênero: para as mulheres são abordadas as temáticas da virgindade e gravidez, a posse do preservativo pode significar maior libertinagem e promiscuidade, enquanto para os homens os conteúdos são referentes à prevenção e a posse do preservativo é incentivada.

Evidencia-se, a partir dos relatos, maior vulnerabilidade das adolescentes, tendo em vista que o ambiente familiar limita sua preparação para iniciação sexual, que ocorre de forma clandestina, sem planejamento e com temor de serem descobertas e causar decepção aos pais,

o que leva, conseqüentemente, a maior dificuldade na obtenção de insumos de prevenção e capacidade emocional para negociarem o uso do preservativo.

A crença e vinculação religiosa também emergem nos discursos, reforçadas não apenas pela igreja, mas também se fez presente no discurso familiar, apresentando caráter regulador da conduta sexual, principalmente ao vincular a necessidade da castidade até o matrimônio, sendo considerado pecado qualquer relação sexual fora desta união, o que acarreta ao pecador algum castigo divino, sendo a Aids uma destas conseqüências.

Por que sabemos que é errado, pois é pecado o certo é fazer dentro do matrimônio e a Aids e todas estas doenças é conseqüência do pecado da humanidade, se não houvesse prostituição e desejos sem controle, o homem não estaria sobre o domínio de satanás, as coisas seriam perfeitas (fem/pub/oeste).

E quando você tem um princípio da sua religião e que você acredita e que você traz desde pequena, a relação não é só com você é com Deus, e isto é um voto, não entregar a sua virgindade enquanto você não for casada, então eu acho, acho não tenho certeza, a própria bíblia fala quando você erra, a partir daquele momento não é o sexo que é errado é sua pratica antes do casamento, então um dia, não é que Deus que o mal para você, mas ele vai te punir pelo erro que você cometeu (fem/part/oeste).

Sou evangélico, da Assembleia e o casamento é algo divino e qualquer relação fora dessa união é pecado (Mas/pub/oeste).

Inicialmente, deve-se entender que, como afirma Foucault (2007), a construção da sexualidade na sociedade ocidental esta emaranhada com a própria concepção das doutrinas cristãs, vista como impura e detentora dos prazeres carnis, devendo só ser exercida no matrimônio. Este conceito se faz presente na própria concepção da cultura brasileira devido à colonização dos portugueses, católicos, que inseriram na vida da colônia um sentido muito

vivo de divindades e moral vinculadas aos preceitos relacionados ao mesmo. Os adolescentes jovens, mesmo não estando vinculados a uma fé cristã, adquirem estes preceitos, tendo em vista que a base educacional brasileira moralista onde o foco é o indivíduo e seus comportamentos (Sposito, 2005), conforme pode ser observado a partir das elocuições apresentadas abaixo:

Culpamos Camila, mas se pensarmos bem, isto acontece com frequência, temos várias amigas que engravidaram do namorado aqui na escola mesmo, não é tão simples assim não e sempre tendemos a culpar quem engravida (fem\pub\sul).

Olha se a menina transa escondida é porque ela sabe que é errado, por isso ela esconde, se não fosse errado ela não esconderia (fem/pub/oeste).

A verdade é que todo mundo da conta da vida de todo mundo, alguns meses atrás uma colega da gente engravidou e ela não tinha namorado, foi à fofoca da escola por semanas, até hoje comentam, as pessoas falam que ela esta nesta situação porque procurou, abriu as pernas para qualquer um (fem/pub/sul).

Sei que um dia pode ser que aconteça, acho bem difícil, pois minhas opções são estas, e acho que se ela escolheu transar, ela de certa forma é culpada pelo que acontecer com ela, não foi livre para escolher, tem que aguentar agora (fem/part/oeste).

Frente às locuções observa-se uma tendência a descrever e analisar o indivíduo fora de seu contexto social, culpabilizando-os pelos atos, o que demonstra um viés associativo. Ao mesmo tempo em que os adolescentes jovens discordam dos posicionamentos da família e da sociedade sobre a forma com que tratam sua sexualidade, reproduzem os mesmo comportamentos no julgamento dos pares.

Frente às locuções e principais contextos aqui referenciados pode-se considerar que a diminuição da vulnerabilidade social verificada nos dois grupos se deve principalmente a

desconstrução das crenças normativas de gênero, antes naturalizadas pelos adolescentes. Entretanto, deve-se ressaltar que entre a informação e a prática, existe uma imensa barreira, tendo em vista que os dados epidemiológicos apresentados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012) demonstram que ainda é alto o número de adolescentes jovens que se contaminam com o vírus do HIV, mesmo eles tendo a informações sobre forma de contágio e prevenção.

Uma explicação viável para este fato foi apresentado por Ribeiro (2010), em um estudo, com a população adolescente, o qual demonstrou que apesar deles terem as informações sobre prevenção, os mesmos não faziam uso do preservativo, tendo em vista que apresentavam a crença de serem invulneráveis, acreditavam que suas escolhas eram mais adequadas do que a dos seus pares, portanto não corriam risco. Frente a sensação de invulnerabilidade Guerriero, Ayres e Hearst (2002) que relatam um dos motivos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos é o modelo ideológico relacionado à Aids que a representa como sendo uma doença do outro, que possivelmente, está vinculado a um grupo de risco. Este modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV não aderindo a práticas de sexo seguro, mesmo possuindo informações e insumos para tal. Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas.

Assim sendo, a diminuição da média da percepção de vulnerabilidade social para o grupo controle, que recebeu apenas informações, pode não estar associados a comportamentos preventivos, visto que a percepção de vulnerabilidade individual não aumentou, ou seja, embora tenham recebido a informação, eles não se percebem como passíveis de contaminação.

No caso do grupo experimental observou-se que foram encontrados os mesmos resultados do grupo controle, porém neste quesito além da informação, foram possibilitados a estes participantes confrontar estas crenças e se colocar na posição do outro, questionando o

porquê de suas atitudes e dando a eles subsídios para atuar de forma mais preventiva nas relações e contextos que irão surgir, fato observado pela diminuição da média no pós-teste da vulnerabilidade individual. A intervenção levou a uma desnaturalização das normas de gênero a partir da compreensão da construção das normas sociais e à possibilidade de soluções para vivenciar a sua sexualidade sem culpa e, conseqüentemente, com menor vulnerabilidade.

5.3.2.2 Percepção de Vulnerabilidade Programática

A vulnerabilidade Programática se refere às formas institucionalizadas de interação, ou seja, ao conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Assim faz-se necessário compreender a existência e a forma como se dá o acesso integral aos serviços de saúde para a população adolescente jovem. Compreender esta relação é visualizar e desmistificar o indivíduo isolado e leva-lo ao centro da arena social, compreendendo que ao mesmo tempo em que as crenças normativas da sociedade contribuem para a vulnerabilidade, a presença ou não de serviços e programas de saúde eficazes para este grupo específico se tornam essenciais para a garantia de direitos e práticas preventivas.

Os dados referentes a este contexto apresentaram resultados singulares, no que se refere aos endogrupos: o grupo experimental após a intervenção psicoeducativa apresentou um crescimento da média, apontando maior percepção de vulnerabilidade. Já no grupo controle houve uma diminuição nas médias deste fator (Tabela 18). No que se refere ao exogrupo (Tabela 19) não foram observados diferenças significativas entre os grupos. O que leva a questionar, o que faz com que a percepção de vulnerabilidade programática aumente após a intervenção por oficinas e diminua com as palestras?

Para compreender estes resultados inicialmente deve-se focar como os conteúdos foram apresentados nestas duas intervenções. Nas palestras os dados referentes a este fator foram expressos em termos da existência de camisinhas nos postos de saúde e sua gratuidade, os locais de distribuição, e do direito dos adolescentes jovens a possuir estes insumos, como também de realizar o teste rápido de HIV e os locais nos quais eles eram realizados gratuitamente. Já na intervenção psicoeducativa, ao mesmo tempo em que estas informações eram apresentadas foi questionado, através de role plays e debates, como ocorria o atendimento nestes serviços e como os mesmos interferiam ou auxiliavam na prevenção das DSTs e gravidez não planejada. Para avaliar como estas informações foram processados pelos grupos (pré-teste e pós-teste), utilizaram-se os itens referentes ao fator dois da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e gravidez não planejada para adolescentes e jovens, como descrito na Tabela 23, os quais analisam a adequação dos programas e serviços de saúde a esta população e como os adolescentes jovens se posicionam frente a este atendimento, entendendo aqui que o posicionamento irá variar de acordo com a percepção que cada usuário faz de como foi acolhido, associado à percepção dos pares que criará um modelo para avaliação.

Tabela 23 – Itens referentes ao Fator Vulnerabilidade Programática da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens

Itens	Conteúdo
Item 01	Tenho vergonha de fazer perguntas sobre sexualidade
Item 18	Não confio que as informações dadas no posto de saúde fiquem em sigilo
Item 19	Tenho vergonha de ir ao posto solicitar camisinha
Item 20	Os funcionários do posto de saúde fazem mau juízo dos adolescentes que vão em busca de camisinha
Item 21	Quando um jovem vai ao posto de saúde solicitar camisinha ele se depara com críticas e piadas por parte dos funcionários da unidade de saúde
Item 22	Tenho vergonha de comprar camisinha na farmácia ou supermercado
Item 23	Os funcionários da farmácia ou supermercado podem fazer mau juízo dos adolescentes que compram camisinha.

A adequação do serviço de saúde se torna um dos fatores essenciais para a obtenção de insumos para a população, compreendendo que cada grupo populacional tem características únicas que devem ser respeitadas e trabalhadas. Espera-se, portanto, que o atendimento seja igualitários, direitos iguais a todos, porém deve-se levar em consideração as necessidades de cada estrato populacional para que assim se consiga, eficazmente, garantir a todos o direito a saúde (Brasil, 2012).

A forma de acesso aos métodos preventivos acaba se tornando um fator preditivo para que ocorra uma atividade sexual de maneira segura, no entanto, segundo Teixeira, Knauth, Fachel e Leal (2006), muitos adolescentes jovens ainda não têm acesso a serviços adequados ao atendimento de suas necessidades em termos de saúde sexual. Neste sentido, os debates ocorridos durante a intervenção possibilitaram visualizar como os adolescentes jovens percebem os serviços e os programas e se existe a integração entre prevenção, promoção e assistência, e ainda, se os profissionais apresentam compromisso e responsabilidade.

Conforme pode ser observado nos discursos abaixo, ao tratar-se da vulnerabilidade programática, o principal enfoque foi o acesso ao insumo, preservativo, e às principais dificuldades que os adolescentes jovens têm na aquisição do mesmo. Observou-se que alguns fatores se tornam determinantes para que o adolescente jovem não procure pelo sistema de saúde, dentre eles o medo, a vergonha e falta de profissionais especializados para recebê-los. A grande preocupação em procurar o posto de saúde é o medo de que os pais venham a descobrir que já tiveram sua iniciação sexual, além da vergonha decorrente da conotação dada pela sociedade para o sexo na adolescência.

Comprar camisinha na farmácia é dá muito na cara que vão transar, mas para a menina ainda é mais complicado ela fica mal falada no local, como a fácil, a perigete. Para o homem é mais fácil, se tem vergonha tem como conseguir com um amigo, primo, em ultimo caso se forem na farmácia à compra é mais simples (mas/pub/oeste).

A mulher sempre tem vergonha, pode ser até a educação, imagine uma mulher comprando camisinha, não falo de adolescentes só não, uma mulher mesmo, tem mulheres que tem vergonha de comprar absorvente, imagine camisinha (fem/pub/oeste).

Mas, claro que vamos olhar feio, acho que temos vergonha de comprar porque sabemos que os outros vão olhar para a gente como nos olhamos se víssemos alguma menina comprando camisinha na farmácia. A verdade que o preconceito começa conosco, eu já vi uma mulher comprando e achei ela vulgar, então acho se eu comprasse as outras pessoas iam achar a mesma coisa de mim (fem/pub/oeste).

Comprar o preservativo ou pegar no posto é complicado, se transamos e os outros ficam sabendo somos safadas, muitas vezes esconde para não ser julgada como safada e outras coisas, o corpo é delas e porque as pessoas se incomodam tanto com o outro e não consigo mesma, se falam do outro porque queria fazer o que o outro fez, mas não consegue (fem/pub/oeste).

Porque a sociedade em si julga as pessoas, na farmácia ou no posto falam ou simplesmente olha de forma estranha, e neste bairro todo mundo conhece todo mundo. (mas/part/sul).

Uma mulher comprar uma camisinha é complicado, vão falar, e no posto é que ninguém vai mesmo, se na farmácia a risco do povo falar, imagina no posto com aquele tanto de gente, e povo fofoqueiro, eu que não quero (fem/part/oeste).

Segundo os discursos, o preconceito se faz presente atendimento dados pelos profissionais tanto das unidades de saúde, como das farmácias, que materializam as crenças normativas, principalmente quando a aquisição do preservativo é solicitada por uma mulher. Neste caso, apesar da liberdade sexual e da revolução feminina, as crenças sociais que

estabelecem normas e preconizam os papéis de gênero, demarcam o posicionamento da mulher nos relacionamentos afetivos sexuais, considerando maneiras distintas entre os sexos, restrito para as mulheres e com liberdade para os homens. Este julgamento faz com que ocorra constrangimento na obtenção dos insumos e preocupação quanto ao desvelamento de sua sexualidade.

Muitas vezes o jovem transa sem camisinha não é safadeza é complicado, para tudo é complicado, o lugar para transar (risos), a camisinha e pílula não é tão fácil conseguir, então muitas vezes vai sem (fem/pub/sul).

È a vergonha de comprar a camisinha, comprar mesmo, é das pessoas ao redor saber que vamos transar e pensar mal da gente, achar que somos periguetes e ficarmos falada (fem/pub/sul).

As camisinhas ficam em um setor da farmácia, não fica atrás do balcão, logo que você se aproxima os vendedores já viram a cara para aquele lado e ficam olhando, é muito vergonhoso (fem/part/sul).

Eu mesmo não ia nunca comprar ou no posto, saber que a mulher do posto ou o vendedor da farmácia sabe que eu transo, não misericórdia (fem/pub/sul).

O problema é conseguir a camisinha, eu mesmo nunca iria a uma farmácia comprar, acabou ficando sem muita opção, meu pensamento é se compro alguém vai descobrir, isto são meus pais (fem/part/oeste).

Acho que sim, se tem medo de descobrir, terá medo de comprar camisinha, pois alguém pode vê e também não vai haver um cuidado e abertura para conversar, sei lá com pessoas mais experiente ou algo assim (mas/part/oeste).

Estas preocupações, julgamento social, estigma, demonstram que a não utilização do preservativo não deve ser vinculado apenas a uma vontade individual, mas concernente a um

emaranhado de posicionamentos sociais, no qual o foco orientador das análises e ações passam a ser menos as identidades pessoais/sociais, do que as relações sociais que estão na base de situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de direitos humanos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012). Além destas dificuldades apresentadas pelos adolescentes jovens, eles também vincularam outro fator de violação dos direitos, que se expressa pelo desrespeito ao sigilo. O fato dos funcionários das unidades de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde, serem originários da própria comunidade atendida, leva a uma proximidade e intimidade nas relações cotidianas que pode levar divulgação das demandas e vida dos adolescentes jovens, como é assinalado pelos discursos abaixo:

Não, aqui todo mundo conhece todo mundo e as coisas não são tão simples assim, você ir lá pegar camisinha (posto de saúde) é cair na boca do povo, a não ser que seja casada, se não for vai ficar falada (fem/pub/sul).

Tenho uma vizinha que foi lá (posto de saúde), e as atendentes viram e foi dá de língua para os pais dela, foi um Deus nos acuda lá na rua, gritaria e tudo mais (fem/pub/sul).

É complicado comprar camisinha na farmácia sempre tem o medo de que alguém descubra, que a vizinhança fique sabendo (fem/part/sul).

No postinho aqui do bairro trabalha muita gente conhecida e, sinceramente, como o povo é linguarudo não acredito que não vai haver comentários não (mas/part/sul).

Os dados apontam para a necessidade de um atendimento especializado que acolha as demandas dos adolescentes jovens em ambiente de confiança para que os insumos disponíveis sejam aproveitados por eles. Ayres, Paiva e França Jr (2012) afirmam que grupos que não têm seus direitos respeitados e garantidos têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte. Os autores demonstraram também que onde há maior violação ao acesso e serviço de saúde de

qualidade, lazer, educação e viver a sexualidade como cada pessoa a define, encontram maior vulnerabilidade ao HIV e à Aids. Esse fato é confirmado pelos índices de novas contaminações pelo HIV entre adolescentes jovens de 15 a 24 anos preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012), o qual observou que no ano de 2010 o país tem uma taxa de incidência de 9,5/100.000 habitantes.

Os discursos dos adolescentes jovens explicam, portanto, o aumento da percepção da vulnerabilidade programática entre os adolescentes jovens que participaram da intervenção e o decréscimo entre os que assistiram apenas à palestra. Enquanto para estes últimos foram apresentadas informações sobre a disponibilidade dos insumos, para os primeiros foi dada a oportunidade de discutir e se posicionar frente às dificuldades e obstáculos à aquisição dos insumos, não obstante a sua disponibilidade. Isso permitiu a eles ultrapassar as barreiras da ilusão da garantia dos direitos e da facilidade de apoderamento do preservativo veiculados pelas propagandas governamentais, expondo um olhar mais crítico e reflexivo sobre o atendimento, acolhimento e realidades vivenciadas por eles nos ambientes dos serviços de saúde. O mesmo não ocorreu no grupo controle, para o qual foi apenas apresentado dados e informações sobre os insumos e locais de distribuição, o que pode ter criado a percepção de proximidade e facilidade de aquisição sem analisar os fatores sociais, como preconceito e julgamento social, que se materializam no atendimento dos serviços e programas governamentais, que dificulta ao adolescente jovem uma real atuação como sujeito-cidadão na manutenção e garantia de seus direitos.

5.3.2.3 Percepção de Vulnerabilidade Individual

Os itens referentes à escala de percepção de vulnerabilidade individual são associados a quatro categorias: saber usar o preservativo, dialogar com o parceiro sobre o uso do insumo; local no qual adquirir o preservativo e ter o mesmo sempre consigo, como apresentado na

Tabela 24. A análise dos dados indicou que, após a intervenção, os participantes do grupo experimental apresentaram menor média de vulnerabilidade frente a estes itens, principalmente no que tange ao não saber usar e não ter sempre consigo o insumo ($p < 0,05$), já o grupo controle apresentou, aumento na média de todos os itens do fator de vulnerabilidade individual.

Tabela 24 – Itens referentes ao Fator Vulnerabilidade Individual da Escala de Percepção frente à vulnerabilidade às DST/HIV e Gravidez não Planejada para Adolescentes e Jovens

Itens	Conteúdo
Item 24	Eu não saberia usar o preservativo se tivesse uma relação sexual.
Item 25	Não é fácil colocar a Camisinha
Item 26	Eu não tenho certeza de que meu parceiro (a) concorda em usar camisinha.
Item 27	Eu não converso com meu parceiro (a) sobre o uso de camisinha.
Item 28	Eu não sei onde posso conseguir camisinha
Item 29	Eu nunca tenho camisinha comigo

Ao focalizar no indivíduo devem-se analisar os contextos nos quais está inserido, pois, como foi visto acima, os adolescentes jovens vivem em uma cultura que impõe regras normativas que criam fronteiras na forma de atuar a partir dos papéis sexuais, apresenta um emaranhado código de símbolos fortemente vinculados a eles pela família, igreja e sociedade que se traduzem em tabus e preconceitos em relação à sexualidade que são materializados no atendimento nos serviços de saúde. É neste solo que o indivíduo molda, cria e se refaz. Para tanto se faz necessário relações e interações que os possibilite compreender e questionar o que eles são e no que realmente eles creem. Portanto, se faz necessário questionar a realidade e as condutas ideológicas imputadas e reafirmadas pela repetição que dificulta a auto-percepção do adolescente jovem enquanto ativo e construtor de sua realidade, um cidadão com direitos.

Para analisar o indivíduo deve-se observar as relações existentes, entre o eu e o outro e o contexto social, questionando: quais os sentidos pessoais emergentes (crenças)? Como a pessoa se vê frente aos poderes? Como as pessoas se veem em relação ao sexo, idade, história pessoal? Qual o nível de informação delas? Durante as oficinas de intervenção

psicoeducativas os role plays possibilitaram que estes posicionamentos viessem à arena do debate e permitiu verificar os principais fatores que dificultavam a prevenção as DSTs e gravidez não planejada, os quais focaram no uso do preservativo, crenças de gênero e Informação.

- Uso de Preservativo

O preservativo contribui para reduzir o risco de infecções adquiridas através da exposição à região cervical, vaginal, vulvar e anal, ressaltando-se que esta eficácia está diretamente associada ao uso correto e regular, bem como à qualidade do preservativo. Seu uso é permeado por tabus e preconceitos, vinculados nos contextos sociais: crenças na promoção da promiscuidade ou na redução da sensibilidade, não aceitação pelo parceiro, ideias equivocadas sobre a eficácia, embaraço relacionado à compra do preservativo e não tê-lo disponível no momento, fortalecem a relutância de muitos para o uso correto e sistemático (Alves & Lopes, 2008).

Os adolescentes jovens do grupo experimental discutiram os motivos que levam a não usar preservativo, estando relacionada à inexperiência, imprevisibilidade e a limitação do prazer. A falta de preparo prático e a imprevisibilidade do primeiro ato sexual podem acarretar, de forma significativa, medo e insegurança em utilizar corretamente os meios de prevenção, ocasionando dificuldades de utilização dos métodos preventivos e informações que coadunem com as vivências dos adolescentes jovens e direcionem a uma prática correta, que possam favorecer que os mesmos disponham de uma vida sexual ativa desvinculada das DSTs e Gravidez não planejada.

Minha primeira vez eu tinha 15 aninhos, hoje tenho 20, no começo, quando fiz pela primeira vez pedia para ele colocar, mas na época nem saber colocar a camisinha eu sabia e o pior ele também não sabia, as três primeiras ele colocou se rasgou toda e

ficamos sem saber o que fazer, ele tinha 18 e eu 15, nem eu nem ele sabíamos não, no final acabei engravidando (fem/pub/sul).

Meu caso mesmo, meu primeiro namorado tinha, mas não sabíamos colocar, acabou não servindo para nada, só distribuir é fácil, agora usar é mais difícil, se erra é chato ficamos com vergonha, neste dia que meu primeiro namorado não conseguiu nem transamos, ficamos mortos de vergonha, ele também e das outras vezes nem tentamos já fizemos sem (fem/part/sul).

A questão toda é o medo de não saber acertar, todo mundo sabe que deve usar a camisinha, mas na primeira vez você fica nervoso, abrir e acertar colocar é difícil, agente pena, quando não desiste para não demonstrar para a menina que você não sabe (mas/pub/oeste).

A questão é que você nunca fez e os cartazes ensinando colocar e os livros não são de muita ajuda, porque na hora a coisa fica complicada, aquele óleo da camisinha, sua mão nervosa, o pinto duro e o medo dele não ficar mais, quase sempre na primeira vez acabam indo sem camisinha e quando usa, muitas vezes a bicha não dá muito certo não (mas/part/sul).

Outro fator também descrito pelos jovens é a crença negativa de que o preservativo masculino causa insensibilidade e desconforto no ato sexual, podendo prejudicar o desempenho sexual, diminuindo a sensação de prazer e incomodando o parceiro. Nessa perspectiva as informações que se vinculam no meio de pertença dessa população vão interferir de forma significativa nas atitudes desses adolescentes, criando tabus e estereótipos de comportamento.

Porque com a camisinha não é a mesma coisa, não tem tanto prazer (mas\part\sul).

Já transei com e sem, e acho sem bem melhor, carne com carne é bem melhor, se eu acho ruim deve atrapalhar a ficante também (mas\pub\oeste).

A gente ouviu a vida inteira que usar camisinha é chupar bala com papel, e quando transamos, portanto a gente acredita nisto e acaba acontecendo. Mas a questão é em nome de uma diferença pequena correr o risco de se contaminar e ser pai antes da hora (mas\part\oeste).

A relação sem camisinha é mais gostosa, se sente mais (mas/pub/oeste)

Usar camisinha è incomodo, para falar a verdade prefiro sem (mas/part/sul).

Porque não é a mesma coisa é horrível, é muito quente, é uma borracha, não é muito legal (fem\part\sul).

Mas antes mesmo de transar todo mundo sabe que não dá prazer. Ninguém quer usar assim (fem\part\sul).

Estes dados também foram encontrados em pesquisa realizada por Guerriero, Ayres e Hearst (2002), onde os garotos alegaram não gostar de usar camisinha por que as mesmas diminuem o prazer e incomoda. Outra concepção também associada ao não uso é a generalização das consequências, isto é, se para os garotos o preservativo incomoda, eles concluem que deve também incomodar a parceira, não permitindo que a mesma sinta o prazer de forma plena, visto que a preocupação com o prazer feminino parece estar associada ao bom desempenho masculino.

A baixa adesão ao uso de preservativo durante as relações sexuais, segundo Moreira (2002), pode estar relacionado ao significado cultural do ato sexual, sua comum associação à vontade, impulso avesso a uma racionalidade ou um planejamento, ou seja, conforme confirmado por Cabral (2003) e Ribeiro (2010), o comportamento contraceptivo dos adolescentes é marcado por dificuldades para usar adequadamente os métodos

anticoncepcionais, especialmente em vista da maior imprevisibilidade das relações sexuais. Esse contexto também se apresentou como um fator que dificulta a utilização do preservativo nos participantes da pesquisa, como apresentam os relatos abaixo:

Não, achamos antes de acontecer, que se não tiver preservativo não vai, mas na hora, naquele momento, as coisas acontecendo, você não pensa, simplesmente acontece (fem\part\sul).

Também achava isto, não havia planejado, mas um dia nós acabamos ficando sozinhos na casa de um tio de meu ex-namorado e falei para ele que só seria uns beijos que nem tentasse, mas uma coisa puxa a outra e acabou rolando ali mesmo (fem\part\sul).

A verdade é que quando você esta com alguém que gosta e vai transar e esta sem camisinha, você pode até pensar, mas na hora só vem na mente, sei que deveria usar camisinha, mas já que estou aqui e vai sem mesmo (mas\pub\oeste).

Talvez para você ou qualquer adulto é fácil ter relação, mas para nos adolescentes é algo mais complicado, o calor do momento é a empolgação, é você estar ali sem saber muito o que vai acontecer, não é algo planejado, do tipo: hoje vou transar, é aquela coisa não sei quando vai ser acontecer de novo, só queremos aproveitar, sentir, viver, (risos) é como uma pessoa passando fome e recebe um prato de comida, o que importa literalmente é o momento (mas\part\oeste).

É muita coisa, que dificulta o uso da camisinha, o medo de ser descoberto, a vergonha e também não pensamos na hora, você quer e tem medo de perder a oportunidade, esta é a chave, você não sabe se terá novamente a mesma oportunidade, parece que é aquela ou nunca mais (mas/part/sul).

Na boa, para nos sexo é escondido, como vai planejar se muitas vezes acontece no meio de um amaço e quem aqui tem dinheiro para se enfiar em um motel, ou entrar em um motel, vai chegar lá de bicicleta? A maioria das vezes vai rolar nas oportunidades,

nos pulo dos gatos, ninguém em casa, um muro escuro, na varanda é assim (mas/part/oeste).

A verdade, na lata, é que na maioria das vezes o sexo ocorre na oportunidade, a maioria de nós não sabe que vai poder transar naquele momento, o que acontece aí, você fica doido com medo do pinto ficar mole e algo ruim acontecer e no desespero, vai de qualquer jeito, já aconteceu comigo de não acertar colocar a camisinha, vai sem ela mesmo, fazer o que, só não vou deixar de transar e se a menina já chegou até ali, ela acaba também não desistindo e vai (mas/part/sul).

A imprevisibilidade do ato se torna um fator determinante para não utilização do preservativo, tendo em vista que segundo os próprios adolescentes a relação sexual irá ocorrer na clandestinidade, frente às contextos específicos nos quais eles ficam sem a presença de um adulto, dessa forma, dificultando a adesão ao sexo seguro. Esta falta de abertura e preparação os leva a vê o momento como uma oportunidade única, que pode não se repetir, portanto devendo ser aproveitada, o foco é a sensação e o desejo e a urgência que estes sentimentos trazem, assim, a vulnerabilidade esta associada ao momento emocional e o significado e valor do ato para os adolescentes jovens.

- Relações de Gênero

Estudos têm demonstrado que a cultura sexual que rege o comportamento de homens e mulheres é um dos fatores que dificultam conter a epidemia de Aids. Afinal, no momento em que são definidos os scripts sociais próprio do homem e próprio da mulher, ambos se tornam mais vulneráveis (Wiese & Saldanha, 2011; Ribeiro, 2010; Guerriero, Ayres & Hearst, 2002). Os dados emergentes demonstram que existe um viés de gênero, historicamente foi construído, vinculando a ideia de que a reprodução biológica e o seu controle sejam

socialmente compreendidos como responsabilidade das mulheres (Stearns, 2010) cabendo às elas, portanto, o uso da pílula, já o homem, deve proteger das doenças sexualmente transmissíveis, utilizando o preservativo masculino, pois os mesmos são detentores do pênis, neste quadro as adolescentes (jovens) devem se preocupar com a gravidez, utilizando a pílula, e os adolescentes (jovens) com o preservativo:

A verdade é que as meninas esperam que o homem saiba e muitas vezes não sabemos e quando não dá certo, fica a vergonha, quando temos até vergonha de errar ou fazer errado (mas/pub/oeste).

Se espera que o homem tenha (fem\pub\sul).

Se espera que o homem tenha a camisinha, a gente espera que ele tome conta desta questão (fem\pub\oeste).

Mas é como se fosse algo que todo mundo sabe, o menino tem o pênis, ele coloca camisinha, a mulher fica grávida, ela deve prevenir gravidez, é daquelas coisas que ninguém comenta, mas todo mundo sabe (fem\part\oeste).

Sempre é meu namorado que coloca, nunca coloquei a camisinha, acho que quem deve é ele (fem/part/oeste).

A questão é que temos medo de falar algo e eles acharem que somos experientes demais, por isto que as mulheres preferem deixar a camisinha por conta deles. E a maioria de nós pensa: obrigação da mulher é pensar na gravidez, já que a mesma só sobra para ela cuidar. É estas questões erradas que faz com que as mulheres permaneçam se dando mal na vida e sofrendo as consequências. (fem/pub/oeste).

A verdade é que é a primeira vez que treino, pois nunca coloquei uma camisinha, sempre achamos que é o homem que deve colocar, aí fica assim a gente achando que não deve saber, pois ele talvez veja como algo ruim (fem/part/sul).

Porque é mais segura (pílula), regula a menstruação, não tem o risco de não ter na hora (fem\part\sul).

Não, sabemos que a única que evita os dois é a camisinha, mas a pílula mais fácil, ninguém fica sabendo e não corre o risco de não ter na hora. (fem\pub\sul).

Porque eu posso controlar, sou livre e não dependo de ninguém para fazer uso, muitas vezes a camisinha depende do namorado querer, com a pílula não (fem\pub\sul).

Tem hora que fica chato pedir, com a pílula diminui a preocupação, mesmo sabendo que ela pode dá erro (fem\part\sul).

Temos que evitar a gravidez, por isso tomo pílula, evita gravidez (fem/part/oeste).

Pelas falas das participantes observam-se duas conotações diferentes pela escolha da pílula anticoncepcional em detrimento ao preservativo. A primeira é o próprio posicionamento da mulher na relação, a de agradar o parceiro, no qual a passividade em solicitar o uso do preservativo, deve-se pelo temor de ser consideradas experientes demais. Contudo a escolha da pílula também esta associada a uma independência, a necessidade de ter o total controle, principalmente do seu corpo, não depender das escolhas e posicionamentos de seu parceiro.

Estes definições pré-estabelecidas no script sexual e afetivo dos adolescentes jovens é ressaltada e validada pelo medo de perder o parceiro ou o respeito dos pares. Para o homem não realizar a relação pela falta do preservativo é visto como uma negação da sua masculinidade, como bem expressa Guerriero, Ayres e Hearst (2002), em pesquisa realizada com homens, no qual sinalizou que em uma situação de insinuação de uma parceira, a mulher é considerada poderosa e exigente, a quem é preciso satisfazer a custo de manter sua honra masculina. Assim, a mulher tem o poder de legitimar se um homem é macho ou não. No contexto feminino solicitar o preservativo ao parceiro ou tê-lo pode ser visto como

demonstração de experiência e desconfiança, no qual irá sinalizar um viés negativo de vulgaridade e promiscuidade (Priore, 2010). Neste sentido, comportamentos não descritos nas normas vinculadas a cada sexo pode ocasionar estigma para quem os praticou, como pode ser observado pelas colocações dos participantes:

Se você não come a nega, pois não tem camisinha, e depois ela sai falando para todo mundo, com que cara vai olhar para os amigos depois? Todos irão achar que você gosta de rosca (mas\part\oeste).

Mas dá vergonha de pedir, o que ele pode pensar? (fem\part\oeste)

Ela ficou com medo dele ficar com raiva, de não gostar da posição dela (solicitar o preservativo) abandonando ela por achar que ela é dessas mulheres fáceis (fem\pub\sul).

Mas o problema é ainda maior, como no caso de Doroty, tem momentos que até tem camisinha, mas o medo de desagradar o outro, do namorado não gostar, achar que somos vulgar ou fácil, e não querer faz com que na hora H vá sem camisinha mesmo (fem/pub/oeste).

È vulgar, mulher com camisinha é vulgar (fem/part/oeste).

Se uma mulher esta em um lugar e vê camisinha na bolsa dela, todo mundo vai saber que ela é vulgar, até fácil (fem/part/oeste).

Outro motivo assinalado pelos participantes relacionado à vulnerabilidade são as crenças românticas, neste paradigma os adolescentes idealizam o parceiro como o ser ideal, criando a sensação de intimidade e entrega total ao ser amado, reforçando a ideia de que o verdadeiro amor uma vez encontrado é para sempre, nesta construção amar é confiar, disponibilizar sua vida em função da felicidade do Outro. Amar é se entregar a morte e viver fora da racionalidade (Priore, 2011; Stearns, 2010; Saldanha, 2003).

Camila viu em Tiago o seu príncipe. Que com ele nada de ruim ia acontecer, ela confiava nele (mas\part\sul).

O engraçado é quando estamos apaixonados temos a impressão que sou do outro e sem ele não somos felizes (mas\publ\sul).

Mas quem ama confia è absurdo pensar que estando casado devemos usar camisinha, não dá para imaginar, é difícil imaginar depois de um ano de namoro usando, já se muda para a pílula (mas\part\oeste).

Quem ama corre risco, joga tudo para o alto (mas\pub\oeste).

Eu sei que se deve usar, mesmo pessoas casadas, mas é muito complicado, com o tempo passamos a usar a pílula e não sei explicar, mas, sei lá, é complicado, não se pensa sobre isto, você confia, você ama e se acontece com a amiga você diz que tem que usar, mas é como, não sei explicar, com você é diferente, sei lá, nunca penso que pode acontecer comigo (fem\part\sul).

Sei lá, é comum, depois de um tempo você para de usar, mas é complicado, todas nós no começo usava, mas quanto mais confiança e tempo de namoro, sei lá para, você não pensa, confia, pois você o ama (fem\pub\sul).

Mas se for assim, para que namorar se não existe confiança não tem como ficar junto (mas/pub/oeste)

A vida, amar é correr risco, é sentir adrenalina é se perder (mas/pub/oeste).

Na hora, não sei, mas como Camila, você acaba confiando, quando ficamos apaixonada ficamos lesada, todo mundo tem medo de perder, desagradar, estas coisas, sei que é burrice, mas não hora não se sente assim. (fem\part\oeste).

Quando você se envolve com alguém e sabe que aquela pessoa também te ama e que só existem os dois, não há traição, a confiança e demonstração desde querer e de paixão é abandonar a camisinha, já que esta usando a pílula (fem/pub/oeste).

A questão é que vemos nosso namorado como um homem dos nossos sonhos é assim, o que nos vai fazer feliz e esperamos que ele vai nos cuidar, e assim, sempre pensei como se ele é meu homem ele sabe o que é melhor para nós, e isto envolve usar e saber colocar a camisinha (fem/part/sul)

Para os adolescentes jovens, estar afetivamente envolvidos nesta ideação do amor romântico é simbolizar a confiança no parceiro, a sensação de que o relacionamento é eterno, uma entrega total ao outro, portanto correr o risco é sinônimo desta pertença. A associação com os conceitos de fidelidade, estabilidade, parceiro fixo e monogamia, conferem àqueles que exercem estas modalidades de parceria a sensação de sexo seguro e, resultam na decisão de não uso do preservativo. A confiança é citada em estudo de Lima (2003) como responsável pela percepção de invulnerabilidade à Aids, sendo esta, decorrente de um processo de intimidade entre os parceiros. Em relação ao amor e a paixão, a autora enfatiza: "... a paixão, produzindo uma avaliação particularmente favorável da pessoa amada, induz também a uma percepção dela como segura relativamente à Aids, mais segura até do que o próprio sujeito" (p. 230).

- Informações

Ainda que se devam enfatizar os aspectos psicossociais e afetivos para o desenvolvimento de ações preventivas, as informações são essenciais para o controle da epidemia da Aids, dependendo da distribuição correta e eficiente dos recursos de saúde para sua eficácia. No entanto, as informações não devem se limitar apenas a contextos informativos e didáticos, elas devem estar vinculadas a própria vivência dos adolescentes jovens, demarcando e auxiliando em suas necessidades e dificuldades. Neste quesito, as principais demandas dos adolescentes quanto à informação é o contraponto com a prática, no sentido de associar o que é dado e passado com suas ações diárias, como exposto abaixo:

A questão da camisinha e seu uso são complicados, informação tem sim, olho para os cartazes e você ensinando, os professores também falam, a questão que não é tão simples é colocar, pois nunca tive aula que ensinasse na prática não (fem/pub/sul).

As informações existem, mas não totalmente a questão são as dificuldades, já abri a camisinha várias vezes com os dentes, principalmente se precisa pegar outra, fiquei sabendo que não podia um tempo atrás fazendo um trabalho aqui da escola, isto é no terceiro ano (mas/part/oeste).

As questões teóricas nós sabemos sim, como não se deve abrir com os dentes, deve colocar a camisinha com o pênis ereto, na prática acaba não sendo assim (mas/part/sul).

A questão também é o tamanho do preservativo, depois que descobri o tamanho que tem tamanhos diferentes e uso o meu, o prazer aumentou. (Mas\pub\oeste).

Quando descobri o tamanho do meu pau e que cada pau tem um tamanho (risos), transar com camisinha melhorou (Mas\part\oeste).

A principal dificuldade deste tipo de educação é assinalada por Foucault (1997), ao descrever duas formas de apropriação da sexualidade por saberes, via uma *scientia sexualis* e uma *ars erótica*. Enquanto a primeira traz à cena o discurso científico e a preocupação com a reprodução, afirmando o lugar da medicina no disciplinamento dos corpos, na segunda a tônica é a preocupação com o prazer e a subjetividade. Considerando essa tipologia, a instituição escolar e familiar, atualmente, se adéqua ao formato de *scientia sexualis*, com preocupação com a espécie, formação para a vida em coletividade ou projeto civilizatório, se preocupando apenas com a prevenção, porém não preparando os adolescentes para se locomover frente às mudanças sociais, sentimentos e desigualdades de gênero, fator esse que

faz com que o ensinamento pedagógico para prevenção muitas vezes não se tornem eficazes para o que se designam (Ribeiro, 2010; Silva & Abramovay, 2007).

Estas dificuldades oriundas entre conhecimento e prática são originárias também pela falta de abertura que a temática tem no contexto social, ainda perdurando o silêncio nas salas de aula e nas paredes das residências, onde o falar sobre sexualidade ainda está prescrito ao que se permitido falar, onde falar e com quem falar. A necessidade presente não é apenas de conteúdo, mas sim de diálogo, de preparação emocional para possibilitar a esses jovens o direito de escolha, o momento adequado de iniciação sexual, que irá variar de indivíduo a indivíduo, como também o direito de se prevenir, o que possibilitará a busca do prazer sem culpa ou risco. A falta de diálogo nos contextos sociais os leva a problematizar e dificultados abordar este tema entre o casal, dificultando, portanto a negociação dos insumos e perpetuando os papéis de gênero.

Depende muito do tipo de namoro, se realmente esta rolando sexo, se a menina demonstra que quer algo mais, mas esta conversa não abrange tudo, fica nas oportunidades e quando dá para ficar só, é meio complicado, tem-se medo de falar algo que desagrade ou assuste (Mas\part\sul).

A questão é que não há conversa, creio que como fizemos com as dramatizações hoje, não conversamos porque achamos que o outro não vai gostar, mas não chegamos até ela e falamos, simplesmente a menina tem medo do namorado não gostar e o namorado acha que esta tudo bem porque a menina não esta falando nada (mas/pub/oeste).

A questão que hoje as pessoas transam sem instrução nenhuma, pede informação sobre a pílula que a amiga usa e passa a usar também, a questão principal é que temos vergonha de falar com nossos namorados e ser mal interpretadas, achando que se cobrarmos ou entrar no assunto eles podem querer terminar conosco (fem/pub/oeste).

Ninguém conversa sobre sexo, conversar realmente é muito pouco, vamos meio à cega, fazemos o que lemos ou vemos na net, conversar se outro vai se sentir bem e se a relação esta boa, não existe. È como P falou acima, o grilo esta na cabeça, não conversamos porque achamos que o outro vai fazer tal coisa, mas nunca colocamos nada em prática. (fem/pub/oeste).

Estes diferentes pontos de vista - no qual o homem não fala, pois acredita que o silêncio da parceira é uma demonstração de ausência de problemas e aceitação da situação atual e a mulher não conversa com medo de desagradar ou ser mal interpretada pelo parceiro - levam a ausência de diálogo e conseqüentemente da negociação quanto ao uso, criando uma zona de silêncio, onde o medo das conseqüências limita as ações, levando-os a um contexto de vulnerabilidades.

CAPÍTULO VI
Considerações Finais: ressignificações

6.1 Considerações

O término do estudo, ao invés de ponto final, emergiu com uma indagação: Questionou-se quais os motivos que levaram a intervenção por meio de oficinas a diminuir a percepção de vulnerabilidade individual, enquanto as intervenções através de palestras informativas levam a um aumento nesta percepção? Entende-se que as oficinas estariam propiciando aos adolescentes o sentimento de autonomia e apropriação de si, enquanto as palestras os confrontariam com a possibilidade de contágio sem o desenvolvimento de recursos para sua prevenção e enfrentamento.

Nesta perspectiva, pode-se compreender que os resultados presente no grupo experimental, intervenção psicoeducativa, deve-se a uma reestruturação cognitiva, o que possibilitou o reconhecimento deles como sujeitos de direito, o que só foi possível pelas interações intersubjetivas entre o grupo de pares, proporcionando aos adolescentes jovens debaterem e repensarem seus recursos pessoais (Conhecimento, relações de amizade e familiares, relações afetivo-sexuais) identificando aspectos da sua vida (valores, crenças, desejos, atitudes) que os expõem à vulnerabilidade ao HIV e uma gravidez não planejada. Esta construção pode ser observada como uma ressignificação após a Intervenção, conforme o relato dos participantes:

Agora vejo que tem um pouco de Camila em cada uma de nós. Cabe pensarmos e decidirmos o que iremos fazer a partir de então (Fem/Part/Oeste).

Se imaginar nas relações nas quais fizemos as peças, fico pensando será que fui o Felipe de Doroty, que a mesma tinha medo de vir falar comigo. Será que podemos ter Aids ou algo assim, já que transamos sem camisinha? É complicado falar, são coisas que antes não pensamos, era normal agir assim (Mas/Pub/Oeste).

Reclamamos muito, mas somos as primeiras a julgar, quando uma menina transa quando quer e tem vontade, não vemos ela usando sua escolha, julgamos. É triste mais é verdade (Fem/Part/Sul).

Hoje percebo como somos, pois nunca havia realmente aberto um pacote (preservativo) era por preconceito e medo de ser julgada pelo meu namorado, mas pela conversa dos meninos eles têm tanta vergonha como nós, temos vergonha de saber colocar e eles tem vergonha de errar, a transa se faz a dois, devemos conversar e perceber que somos também responsáveis e não culpar o outro (Fem/Pub/Sul).

Mas cabe a gente mudar, somos a sociedade e se mudo, pode começar uma modificação. Ontem na aula de português estávamos estudando os simbolismos das propagandas, tudo é vendido a partir do corpo de uma mulher, tudo, e ninguém percebe ou se acostumou, tudo é sexo e ao mesmo tempo o povo se treme de medo e vergonha de falar sobre sexo e tudo mais (Mas/Part/Oeste).

A responsabilidade de usar o preservativo não deve ser só do homem, mas também da mulher, se vocês tiverem camisinhas com vocês e vocês pedem para colocar na hora do sexo, duvido que eles não colocarão, não irão mesmo deixar de transar, mas ficam aí e depois se fodam e culpam os homens (Fem/Part/Oeste).

Observa-se a partir das falas que a intervenção produz nos participantes uma autopercepção, o que demonstra mudanças paradigmáticas e visões de si e do mundo em conflito, principalmente os valores, crenças e desejos, mostrando, portanto, um novo olhar sobre suas vivências e seus contextos específicos. Para que haja um sujeito-cidadão, ele tem que se perceber nesta inter-relação de poder, identificando seus cenários subjetivos, sociais e locais que os demarcam e os transpassam (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Observa-se, a partir das falas, que ocorreu esta auto-percepção e identificação de seus contextos de intersubjetividades, proporcionando a apropriação de si.

Os principais temas suscitados pelos participantes referem à necessidade de desnaturalizar os comportamentos sexuais vinculados ao gênero e os julgamentos sociais, a partir da compreensão de que são frutos das relações sociais, históricas e culturais, que determinam os valores, crenças e condutas dos indivíduos, principalmente a negociação do preservativo, fator determinante na prevenção das DSTs. Esta conscientização por parte dos adolescentes jovens demarca um avanço, como demonstra os dados deste estudo, resultando em uma menor vulnerabilidade, pois impacta e possibilita abertura para diálogos entre os parceiros e a superação de barreiras, possibilitando ter sempre consigo preservativo, saber usar e como conseguir o insumo.

A forma como as temáticas foram abordadas nas oficinas permitiram aos participantes repensarem os sistemas impostos e as ideologias e paradigmas que são vinculados a eles, os quais foram constatados nesta pesquisa, como pano de fundo nos três fatores de vulnerabilidade e por várias pesquisas da área (Ribeiro, 2010; Stearns, 2010; Bastos, 2000; Seixas, 1998). No momento que os participantes se veem e se conscientizam de suas vulnerabilidades e da necessidade de atuar de forma mais dinâmica em suas relações interpessoais, cria-se uma tendência à mudança que os levam a um maior autocuidado, não se limitando apenas ao autoconhecimento, mas focando na necessidade desta conscientização serem expressas em comportamentos preventivos.

Antes de amar o outro devemos nos amar (Fem\Pub\Oeste).

Temos que quebrar estes vínculos, podemos e amar é, portanto, querer cuidar do outro e cuidar de nós (Mas\Part\Oeste).

Transar é muito bom, mas transar sem preocupação depois deve ser bem melhor, o aperreio esperando a menstruação descer é triste (Fem\Part\Oeste).

Transar com a consciência tranquila, sabendo que nada vai acontecer depois, podendo aproveitar o momento e o depois, ohhh delícia. (Mas\Part\Oeste).

Devemos sempre se lembrar de Camila e Tiago, Camila não conversou, teve medo e foi pelo impulso e sofreu as consequências, acho que devemos aprender a tomar decisões em nossas vidas, e não deixar o outro tomar as minhas decisões, se faço isto não posso reclamar depois, não é verdade? A aids não tem cura, mas posso me prevenir, isto posso fazer (Fem\Part\Oeste).

É pensarmos em nós, entender que se tomei a decisão de transar devo ser madura para saber e entender que devo me cuidar, é vencer a vergonha ou criar estratégias de ter a camisinha sempre em mãos (Fem/Pub/Oeste).

Quem vê cara não vê coração, como você pode afirmar que ela não tem nenhuma doença, você fica com ela 24 horas, né meu Deus. Sabe, estamos a tempos discutindo a mesma coisa, vira e volta, né falamos o mesmo, será que o outro vale mais que a minha saúde, nossos medos (Fem/Part/Sul).

Quando pensar em pedir o preservativo, as mulheres tem que pensar antes quais seriam as desculpas que eles poderiam dar para não usar, então antes de dá aquela desculpa coloco a alternativa e justifico porque ela não é possível, como a confiança, o amor, falando para ele que não é porque não confio ou amo, mas simplesmente porque também estou pensando nele e em mim se ocorrer uma gravidez (Fem/Part/Oeste).

Mas se pensarmos assim nunca muda nada, ainda sentar e conversar é a única saída. O dialogo sempre é uma opção, devemos nos colocar nas relações e pensarmos também em nós, a vida é assim (Mas/Part/Sul).

Sempre achei que a não saber era ser decente, minha vó fala que menina de família é pura, porém como posso me cuidar se não sei como, hoje vejo que quando comecei a transar não estava preparada, sabia nada, temos que saber cuidar da gente e eu não sabia (Fem/Part/Sul).

Os principais fatores que determinam o autocuidado para os participantes é o amor próprio, pensar e agir de forma que abarque as consequências em um futuro próximo, tomar suas decisões e se responsabilizar por elas, ter estratégias de negociar o preservativo com os parceiros (as), ter sempre o insumo consigo quebrando, portanto os padrões de gênero e o fator primordial que atravessa e se faz presente em todos os discursos, saber dialogar e fazer dela alternativas para expor seus posicionamentos e compreender o do outro.

Verificou-se que, através da intervenção, que para atingir o adolescente jovem e conscientizar da importância do uso do preservativo deve-se vincular e ressaltar a importância da sexualidade - e não apenas o ato sexual em si ou do uso de preservativo dissociado do restante. Saúde sexual reprodutiva passa por ter uma sexualidade voltada ao amor, ao prazer, mas também de autopreservação, fazendo disso um comportamento voltado não apenas ao não adoecer, mas a uma sexualidade boa, saudável e tranquila. Corroborando com os resultados, Ayres, Paiva e França, Jr (2012) relata que o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo coconstrutor das realidades sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir o “comportamento saudável” (aspas dos autores).

Por fim, dentro da discussão da percepção de vulnerabilidade individual, pode-se concluir que a mesma apresentou diferenças significativas entre os grupos devido à abordagem propiciada pela oficina de intervenção psicoeducativa, o qual criou um ambiente que possibilitou a intersubjetividade, interações entre os sujeitos sociais, confrontos de crenças e a possibilidade de repensar suas atuações e reconstruir suas formas e dinâmicas nas relações afetivo-sexuais. Portanto, propiciando aos adolescentes o sentimento de autonomia e apropriação de si

Por outro lado, a atuação desenvolvida no grupo controle, as palestras, no qual há apenas repasses de informações, leva a um confronto com a possibilidade de contágio, sem a possibilidade de trocas, aprendizados, não permitindo que os participantes se conscientizem e

desenvolvam recursos para sua prevenção e enfrentamento. Tendo em vista que não houve uma reflexão e vivência das informações de forma prática e contextual, eles não se perceberam como indivíduos dentro de relações contínuas e vivas, nas quais as interações, interesses, desejos, crenças e valores podem possibilitar que eles estejam vulneráveis em algumas vivências e contextos.

A falta de trocas intersubjetivas leva o indivíduo a alienação, deixando os mesmos presos às ideologias de gênero e construções históricas que o aprisionam as normas sociais e não o faz perceber que possuem direitos e alternativas, aumentando assim a sensação de normalidade e ao mesmo tempo por se adequar a norma se sentem invulneráveis, prendendo-o a uma realidade no qual ele não consegue se perceber em suas fragilidades e na dinâmica com o outro, perpetuando comportamentos vulneráveis.

Contudo, a partir do exposto e de todas as possibilidades de interação que a intervenção psicoeducativa tentou abarcar, compreende-se que nenhum instrumento consegue extinguir totalmente a vulnerabilidade dos indivíduos, pois os mesmos vivem em total interação e em cada contexto vivenciado as emoções, as possibilidades e as trocas entre os sujeitos cidadãos são únicas, cabendo a ele o direcionamento da conduta quando o mesmo tem o controle volitivo das ações. Portanto, o que se pretendeu foi permitir que os adolescentes jovens se visualizassem na arena social e se percebesse como construtor de suas vivências e podendo atuar de forma ampla na magnitude de suas escolhas, lutando por direitos se transformando em um sujeito-cidadão.

Considerações

Conclui-se, portanto, a partir do exposto, que a presente pesquisa abarcou o objetivo proposto: elaborar e verificar os efeitos da aplicação de uma estratégia de intervenção psicoeducativa para a prevenção das DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens,

enfocando de modo abrangente e integrado os aspectos da vulnerabilidade individual, social e programático. Isto foi possível devido à construção e validação da Escala de Percepção de Vulnerabilidades Adolescente jovem às DST e Gravidez não planejada e a Construção e Validação da Estratégia de Intervenção psicoeducativa de prevenção do HIV e gravidez não planejada. A primeira apresentou evidências empíricas suficientes acerca da sua estrutura fatorial e consistência interna. A segunda demonstrou adequação à população alvo tanto quanto ao conteúdo quanto a validade, o que possibilitou confirmar a hipótese de estudo, na qual o grupo experimental apresentaria um menor escore na escala de percepção de vulnerabilidade (vulnerabilidade individual) comparada ao grupo controle, após a intervenção psicoeducativa.

Por fim, os dados aqui apresentados mostram que as barreiras culturais, sociais e históricas demarcaram a sexualidade à margem dos diálogos abertos, descrevendo-a como impura e limitada por normas que define o que deve ser desejado e como deve ser o desejo, delimitando o que é conduta masculina ou feminina e quais seus papéis no jogo do prazer e da conquista. Esta construção ideológica, que se afirma e revive no imaginário humano, fez com que estas regras, normas e condutas legitimadas se tornassem fatores facilitadores para uma maior vulnerabilidade na população adolescente jovem às DSTs/HIV e gravidez não planejada.

Esta construção social deixa os adolescentes jovens alheios às suas decisões, que não se vêem como agentes modificadores de sua realidade, que possuem direito à escolha e prevenção. Neste quadro, demarcado por ideologias de gênero e normas que traspassam o próprio ser, a educação e as políticas públicas que priorizem ações de promoção de saúde não podem focar apenas no indivíduo, mas considerar seu gênero, história, contexto cultural, social, histórico e suas relações intersubjetivas de trocas e construção do eu, o que possibilita a perspectiva de um sujeito - cidadão.

CAPÍTULO VII
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 Referências

- Abramo, H. W. (2005). Condição Juvenil no Brasil contemporâneo. In: H. W. Abramo, & P. P. Branco (Org.). *Retrato da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional* (pp.73-86). São Paulo: Editora Perseu.
- Albuquerque, V. S., Moço, E. T. M., & Batista, C. S. (2010). Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. *Revista Saúde e sociedade* 19 (2), 63-74.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology* (pp. 798-884). Worcester, MA: Clark University Press.
- Almeida, T. (2007). A fragilidade do conceito de adolescência: afinal, como definir este período? *Psicologia Brasil*, 5, 27-29.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (2), 170-7.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitude. *Annual Reviews Psychology*, 52, 27-58.
- Amaral, A. C. G. (2008). *O uso do Álcool e a Vulnerabilidade à Aids: estudo com adolescentes gaúchos e paraibanos* (Dissertação de mestrado em Psicologia) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Pb.
- Antônio, P. (2010) A Psicologia e a doença crônica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psic., Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27
- Araujo, T. W., & Calazans, G. (2007). *Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens: Brochuras de referência para os profissionais de saúde*. São Paulo: Centro de Referências e Treinamento DST/AIDS.

- Ayres, J. R. C. M. (1996). *HIV/Aids e abuso de drogas entre adolescentes: Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*. São Paulo: Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M. (2003). Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 7 (12), 123-138.
- Ayres, J. R. C. M. (2007). Debate sobre o artigo de Fry et al. *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 519-521.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti -Filho, H., & França-Júnior, I. (2006). Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: S. Campos, et. al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva* (pp.34-52). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., França Jr., I., Calazans, G. J., & Saletti -Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: R. M. Barbosa, & R. Parker, (Eds.) *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder*. (pp. 49-72). São Paulo: Editora 34.
- Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-39). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & Buchalla, C. M. (2012). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 9-22). Curitiba: Juruá.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França-Júnior, I. (2012). Conceitos e práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In. V. Paiva,

- J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Barbetta, P. A. (2001). *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. 4ed. Florianópolis: Editora UFSC.
- Bastos, F. I. (2000). A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Saúde Sexual e Reprodutiva*, 3, 225-260.
- Bayley, S. L., Pollock, M. P. H., Martin, C. S., & Lynch, K. (2002). Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Adolescent Health*, 25(3), 179-181.
- Borges, A. L. V. (2007). Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(4), 597-604.
- Brandão, E. R. (2005). Relação da gravidez na adolescência em famílias de camadas média: Tensões e dilemas. In: M. L. Heilborn, L. F. D. Duarte, C. Peixoto, & M. L. Barros (Org.). *Sexualidade, Família e Ethos Religioso* (pp. 111-136). Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil - Ministério da Saúde (2010). Adolescência. *Juventudes e Participação Adolescentes e Jovens para a educação entre pares: Saúde e prevenção nas escolas*. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil - Ministério da Saúde (2012). *Relatório Epidemiológico AIDS/DST*. Brasília: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.
- Brêtas, J. R. S. (2003). A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. *Temas de Desenvolvimento*, 12(72), 29-38.

- Cabral, J. T. (1995). *A sexualidade no mundo Ocidental*. Campinas/SP: Papirus.
- Cabral, S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 19(2), 283-292.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos Experimentais e Quase-Experimentais de Pesquisa*. São Paulo: EPV – EDUSP.
- Canguilhem, G. (1978). Novas reflexões sobre normal e patológico. In: G. Canguilhem, (Org). *Normal e patológico* (pp.208-220). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cano, M. A. T., Ferriani, M. G. C., & Gomes, R. (2000). Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(2), 220-226.
- Carapinheiro, G. (2005). Mal estar, risco social e políticas sociais. In: B de S. Santos, (Org.). *Globalização e Ciências Sociais* (pp. 12-28). São Paulo: Editora Cortez.
- Castro, M. (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: Unesco.
- Chaiken, S. (1980). Heuristic versus systematic information processing in the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 752-766.
- Chaiken, S., & Maheswaran, D. (1994). Heuristic processing can bias systematic processing: Effects of source credibility, argument ambiguity, and task importance on attitude judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 460-473.
- Conceição, I. S. C. (1988). Educação sexual. In: N. Vitiello, et al. (Org), *Adolescência hoje*. (pp. 71-76). São Paulo: Roca.
- Costa, J. F. (1999). *Sem fraude, nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Roco.
- Costa, M. C. O. (1986). *Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento* (8º ed.). São Paulo: L & PM Editores.

- Costa, M. C. O. (1998). Crescimento e desenvolvimento na infância e na adolescência. In: M. C. O. Costa, & R. P. Souza (Orgs.). *Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente* (pp. 35-53). Porto Alegre: ArtMed.
- Costa-Couto, M. H. (2007). *A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS*. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- Crano, W. D., & Prislin, R. (2006). Attitudes and persuasion. *Annual Reviews Psychology*, 57, 345–374.
- Cunha, B. G. F., & Dias, M. R. (2008). Comunicações persuasivas e doação regular de sangue: um estudo experimental. *Cad. Saúde Pública*, 24, 1407-1418.
- D'Amorim, M. A. (2000). A teoria da ação racional nos comportamentos de saúde. *Temas psicologia*, 8, 39-44.
- D'Amorim, M. A. & Vera, V. M. L. M. (1996). A relação atitude / comportamento à luz da teoria da ação racional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35, 133-142.
- Duarte, L. F. D. (2005). Ethos privado e justificação religiosa. Negociação da reprodução na sociedade brasileira. In: M. L. L. Heilborn, F. D. Duarte, C. Peixoto, & M. L. Barros, (Org.). *Sexualidade, Família e Ethos Religioso* (pp. 137-176). Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of attitudes*. Fort North, Ph: Harcourt Brace Jovanovich.
- Egypto, A. C., & Egypto, M. M. (2000). Masturbação. In: C. Bruschini, & C. Barroso (Org.). *Sexo e Juventude: como discutir a sexualidade em casa e na escola* (pp. 30-34). São Paulo: Cortez Editora.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Revista Adolescência & Saúde*, 2 (2), 12-14.

- Engels, F. (1974). *A Origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Fazio, R. H. (2007). Attitudes as Object-Evaluation Associations of Varying Strength. *Journal Social Cognition*, 25, 603–637.
- Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., & Williams, C. J. (1995). Variability in Automatic Activation as an Unobtrusive Measure of Racial Attitudes: A Bona Fide Pipeline? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1013-1027
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition reach: Their meaning and use. *Annual Reviews Psychology*, 54, 297–327.
- Fazio, R. H., & Williams, C. J. (1986). Attitude Accessibility as a Moderator of the Attitude-Perception and Attitude-Behavior Relations: An Investigation of the 1984 Presidential Election. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 505-514.
- Festinger, L., Riecken, H. W., & Schachter, S. (1956). *When Prophecy Fails*. New York: Harper and Row.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Figueiredo, R. M. M. D. (1998). *Repensando estereótipos e a mulher frente às DST e Aids para ações de saúde*. In: R. M. M. D. Figueiredo, (Org.), *Prevenção às DST e Aids em ações de saúde e educação* (pp. 23-28). São Paulo: Nepaids/USP.
- Fischer, I. R., & Marques, F. (2001). *Gênero e exclusão social*. Trabalhos para discussão, nº 113/2001. Disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonseca, A. (2002). Prevenção às DST/AIDS no ambiente escolar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6, 71-87.

- Fonseca, R. M. G. S. (2005). Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Ver. Esc. Enferm USP*, 39(4), 450-9.
- Foracchi, M. M. (1972). *A juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Edusp.
- Foucault, M. (1996) *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Ed.
- Foucault, M. (1997). *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber* (12^a Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2010). *História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres* (13^a Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, E. S., Ribeiro, K. C. S., & Saldanha, A. A. W. (2012). O uso de álcool por adolescentes: uma comparação por gênero. *Revista Psicologia Argumento*, 30(69), 287-295.
- Gauderer, C. (1994). *A vida sem receitas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Goldberg, D. (1993). *Racist Culture: Philosophy and the Politics of Meaning*. Oxford: Blackwell.
- Gonçalves, H. S. (2005). Juventude brasileira, entre a tradição e a modernidade. *Tempo social*, 17(2), 207-219.
- Gouveia, V. V., Fonsêca, P. N., Milfont, T. L., & Fischer, R. (2011). Valores Humanos: Contribuições e perspectivas teóricas. In: C. V. Torres & E. R. Neiva (Eds.), *Psicologia Social* (pp. 296 – 313). Porto Alegre: Artmed.
- Grossman, E. (1998). Adolescência através dos tempos. *Adolescência Latino Americana*, 1(2), 68-74.
- Guareschi, P. A. (2002) Ideologia. In: Jacques, M. G. C. et al. (Org.). *Psicologia social contemporânea* (pp. 89-103). 7^a ed. Petrópolis: Editora vozes.

- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M., & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 50-60.
- Gutiérrez, I. G. (1997). La motivación: Mecanismos de regulación de la acción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3. Disponível em <http://reme.uji.es/articulos/agarri4542212100/texto.html>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W.C. (2005). *Multivariate data analysis*. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall, 2005.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. 6ª ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Journal Psychology*, 51, 358-374.
- Heilborn, M. L. (1998). A primeira vez nunca se esquece. *Revista Estudo Feminista*, 6(2), 394-405.
- Heilborn, M. L. (2006). Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Revista Estudos Feministas*, 14(1), 43-59.
- Heilborn, M. L., & Brandão, E. R. (1999). Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: M. L. Heilborn, (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (pp. 7-17). Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., & VÍctora C. (2002) Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizonte Antropológico*. 8(17), 13-45.
- Horta, N. C., & Sena, R. R. (2010). Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 475-495.

- Kelsey, J. L., Whittemore, A. S., Evans, A. S., Thompson, W. D. (1996). *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Lines, R. (2005). The structure and Function of attitudes toward Organizational Change. *Human Resource Development Review*, 4, 8-32.
- Lima, M. L. (2003). Terramotos, amor e outras coisas perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos. In: M. L. Lima., P Castro. & M. Garrido (Eds). *Temas e debate em psicologia social* (pp. 225-245). Lisboa: Livros Horizonte.
- Lima, M. L. (2004). Atitudes: Estrutura e Mudança. In: J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lobato, J. P. (1997). *Amor, desejo e escolha*. Coleção Gênero. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.
- Longo, L. A. F. (2002). *Juventude e Contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos*. In: Sociedade Brasileira de Estudos Populacionais (Org.), Anais do XIII da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: ABEP.
- Mandu, E. N. T. (2001). *Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução*. Projeto Acolher. Brasília: Ministério da Saúde / ABEn.
- Mangard, C., & Channouf, A. (1996). Explication du comportement de soumission et changement d'attitude. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 32, 54-72.
- Mann, J., & Tarantola, D. J. M. (1996). *Aids no Mundo II*. Nova York: Oxford University press.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: R. Parker (Eds.), *A AIDS no mundo* (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)*. São Paulo: Editora Boitempo.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.
- Meyer, D. E. E., & Félix, J. (2012). “Estamos preparados para lidar com a prevenção das DST/HIV/Aids em nossas práticas educativas?” – Relações e desafios entre formação de formadores/as e currículo. In: V. Paiva, L. R. Pupo, & F. Seffner (Orgs.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 113-136). Curitiba: Editora Juruá.
- Meyer, D. E. E., Klein, C., & Andrade, S. S. (2007). Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. *Educação em Revista*, 26, 2-10.
- Miranda, A. E., Gadelha, A. M. J., & Szwarcwald, C. L. (2005). Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*, 21 (1).
- Miranda-Ribeiro, M. P., & Moore, A. (2002). Já nas bancas: a saúde reprodutiva das adolescentes vista através das revistas Querida e Capricho. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(2), 236-276.
- Montinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9, 279-287.
- Moreira, M. M. (2002). *Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: riscos de contrair HIV/Aids ou DST ou engravidar uma parceira*. In: Décimo Terceiro Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Org.), *Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST e AIDS*. Belo Horizonte: ABEP.

- Narring, F., Wydler, H., & Michaud, P. A. (2000). First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland. *Schweiz Med. Wochenschr*, 130 (40), 1389-1398.
- Neiva, E. R., & Mauro, T. G. (2011). Atitudes e Mudanças de atitude. In C. V. Torres, & E. R. Neiva (Eds.), *Psicologia Social* (pp. 171 – 203). Porto Alegre: Artmed.
- Nietzsche, F. (1999) *De Shopenhauer como educador*. Madrid: Valdemar.
- Norman, R. (1975). Affective-Cognitive Consistency, Attitudes, Conformity, and Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 83-91.
- Olsson, A., & Phelps, E. A. (2007). Understanding Social Evaluations: What we can (and cannot) learn from neuroimaging. In: B. Wittenbrink & N. Schwarz (Eds.), *Implicit Measures of Attitudes* (pp. 156-198). New York: Editora Guilford.
- Organização Mundial de Saúde (2010). Los jóvenes y los riesgos sanitarios. 64^a. Asamblea Mundial De La Salud. Punto 13.16 del orden del día provisional.
- Organização das Nações Unidas (2012). Relatório global sobre HIV/AIDS. Brasília: Organização das Nações Unidas no Brasil. Disponível em: http://www.onubrasil.org.br/doc/Relatorio_de_progresso_Acesso_Universal+2012+Sumario+Executivo.pdf
- Paes, G. O., Carvalho, S. M., & Denadai, W. (2011). Vulnerabilidade social dos jovens no contexto da epidemia do HIV/aids: repensando estratégias de prevenção. *Caderno de Ciência e Saúde*, 1 (2), 25-31.
- Pallak, S. R. (1983). Salience of a communicator's physical attractiveness and persuasion: A heuristic versus systematic processing interpretation. *Social Cognition*, 2, 158-170.
- Parker, R. G. (1997). Reflexões sobre a sexualidade na sociedade Latino Americana: Implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 7(1), 99-108.

- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM) - Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Pasquali, L. (2001). *Análise fatorial para pesquisadores*. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM) - Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2 Ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes.
- Pasquali, L. (2005). *Teoria de resposta ao item – TRI*. Manual para iniciantes. Brasília: INEP.
- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). *Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente*. In: Projeto Acolher (Ogr.), *Adolescer: compreender, atuar, acolher* (pp. 11-19). Brasília (DF): ABEn.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1984). The effects of involvement on responses to argument quantity and quality: Central and peripheral routes to persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 69-81.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1990). Involvement and persuasion: Tradition versus integration. *Psychological Bulletin*, 107, 367-374.
- Petty, R. E., & Wegener, D. T. (1998). Attitude change: Multiple roles for persuasion variables. In: D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 323-390). New York: McGraw-Hill.
- Pimenta, M. C. (2004). *Marcos Conceituais e Teorias de intervenção ao HIV/AIDS: paradigmas de prevenção entre jovens*. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- Priester, J. M., Cacioppo, J. T., & Petty, R.E. (1996). The influence of motor processes on attitudes toward novel versus familiar semantic stimuli. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 442-447.

- Priore, D. M. (2011). *História do Amor no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto.
- Ramos, F. R. S. (2001). Bases para uma ressignificação do trabalho de Enfermagem junto a (o) adolescente. In: *Adolescer, compreender, atuar, acolher* (pp.11-18). Brasília – DF: ABEN – Ministério da Saúde.
- Reis, A. O. A., & Zioni, F. (1993). O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 6(27), 472-477.
- Ribeiro, K. C. S. (2010). *Adolescência e Sexualidade: Vulnerabilidade às DSTs, HIV/Aids e a gravidez em adolescentes paraibanos*. (Dissertação de mestrado em Psicologia) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Ribeiro, K. C. S., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2011). Querer é Poder? A ausência do uso de Preservativo nos relatos de Mulheres Jovens. *Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 23(2), 84-89.
- Ricoeur, P. (1991). *O si mesmo como um outro*. Campinas: Papyrus.
- Roskos-Ewoldsen, D. R., & Fazio, R. H. (1992). The accessibility of source likability as a determinant of persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 19-25
- Ruether, R. R. (1993). *Sexismo e Religião*. São Leopoldo, RS: Sinodal.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. (Tese de doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Saldanha, A. A. W., Carvalho, E. A. B., Diniz, R. F., Freitas, E.S., Félix, S. M. F. & Silva, E. A. A. (2008). Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à Aids: Um Estudo Descritivo com Perspectiva de Práticas de Prevenção. *Jornal brasileiro de Doenças Sex Transmissível*; 20, 36-44.
- Sales, J. M. (1988). Os pais dos adolescentes. In: N. Vitiello, et al. (Org). *Adolescência hoje*. (pp. 29-34). São Paulo: Roca.

- Santos, L. H. S., & Oliveira, D. L. (2006). *Gênero e risco de HIV/AIDS nas campanhas de educação em saúde através da mídia*. In: 29ª. Reunião Anual da ANPED, 2006, Caxambu - MG. CD-Rom da 29ª (pp. 1-17). Reunião Anual da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED). Rio de Janeiro - RJ: ANPED.
- Santos, D. B., & Silva, R. C. (2008). Sexualidade e normas de gênero em revistas para adolescentes brasileiros. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 22-34.
- Santos, V., & Santos, S. C. E. (1999). *Adolescentes, Jovens e Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde.
- Schawb, A. J. (2007). *Eletronic Classroom*. [Online] Disponível em: <<http://www.utexas.edu/ssw/eclassroom/schwab.html>>
- Schwarcz, L. M. (1998). *Contrastes da intimidade contemporânea*. São Paulo: Cia. das Letras.
- Secretaria de Saúde (2006). *Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST*. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: SEA/DGAO.
- Seixas, A. M. R. (1998). *Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama*. São Paulo: SENAC.
- Sell, C. E. (2009). *Sociologia Clássica: Marx, Durkheim e Weber*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Serra, G. M. A., & Santos, E. M. (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 691-701.
- Sgarbieri, A. N. (2005). Mídia, ideologia e preconceito: Análise do Discurso Crítica. In: S. B. Funck, & N. R. Widholzer (Orgs.). *Gênero em discursos da mídia* (pp. 121-146). Florianópolis: Ed. Mulheres /Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Silva, L. B. & Abramovay, M. (2007). Construções sobre Sexualidade na Juventude. In: M. E. R. A. Abramovay, & L. C. G. Esteves (Org). *Juventudes: outros olhares sobre a diversidade*

- (pp. 227-267). Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Unesco.
- Soares, S. M.; Amaral, M. A.; Silva, L. B.; & Silva, P. A. B. (2008). Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 12, 485-491.
- Soczka, L. (2005). Modelos de Análise de Redes Sociais e Limitações do Modelo de Equilíbrio Estrutural de Heider. *Interações*, 8, 83-122.
- Souza, M. L. R. (2005), *Violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sposito, M. P. (2005). Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: H. W Abramo, & P. P. Branco (Orgs.). *Retrato da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional* (pp. 87-127). São Paulo: Editora Perseu.
- Stearns, P. N. (2010). *História da Sexualidade*. São Paulo: Editora Contexto.
- Stearns, P. N. (2010 b). *História das Relações de Gênero*. São Paulo: Editora Contexto.
- Stone, J., & Cooper, J. (2000). A Self-Standards Model of Cognitive Dissonance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1446, 1-16.
- Strasburger, V. C. (1999). *Os adolescentes e a mídia: impacto psicológico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Svare, E. I., Kjaer, S. K., Thomsen, B. L., & Bock, J. E. (2002). Determinants for non-use of contraception at first intercourse: a study of 10, 841 young Danish women from the general population. *Contraception*, 66(5), 345-350.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. (4^a Ed). San Francisco: Allyn & Bacon.
- Taquette, S. R., & Vilhena, M. M. (2006). Adolescência, Gênero e Saúde. *Revista Adolescência e Saúde*, 3(2), 1-4.

- Taquette, S. R., & Vilhena, M. M. (2008). Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 105-114.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal entre adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 282-290.
- Teixeira, M. A. A. (1990). Criatividade e vida. *Revista Tecnologia e Educação*; 19, 15-7.
- Triandis, H. C. (1996). The Psychological Measurement of Cultural Syndromes. *American Psychological Association*, 51, 407- 415.
- Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. R., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad. Saúde Pública*, 22 (7), 1385-1396.
- Vaitsman, J. (2001). Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: R. M. Muraro, & A. B. Puppim (Orgs.). *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Vala, J., & Caetano, A. (1993). Atitudes dos estudantes universitários face às novas tecnologias de informação: construção de um modelo de análise. *Análise Social*, xxviii, 523-553
- Villela, W. V., & Arilha, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: E. Berquó (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil* (pp. 95-150). Campinas: Ed. UNICAMP.
- Villela, W. V., & Doreto, D. T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, 22(11), 2467-2472.
- Wiese, I. R. B., & Saldanha, A. A. W. (2011). Vulnerabilidade dos adolescentes às DSTs/AIDS: ainda uma questão de gênero? *Psicologia, Saúde & doença*, 12(1), 105-118.

- Zugliani, A. P., Motti, T. F. G., & Castanho, R. M. (2007). O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual. *Revista Brasileira de Educação Especial, 13*, 95-110.
- Zaluar, A. (1997). "Gangues, galeras e quadrilhas: globalização, juventude e violência". In: H. Vianna, (Org.). *Galeras cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais* (pp. 17-58). Rio de Janeiro, UFRJ.

Anexo 1



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 86ª Reunião Ordinária realizada em 27.03.12, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto **Intervenção Psicoeducativa dirigida à prevenção de DSTS e gravidez não planejada para jovens** da pesquisadora responsável **Ana Alayde Werba Saldanha** e pesquisadora colaboradora Karla Carolina Silveira Ribeiro.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 29 de março de 2012.

Zeleide Domiciano Cabral Monteiro
Coordenadora do CEP-SES/PB

APÊNDICE

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se “Intervenção Psicoeducativa dirigida à Prevenção de DSTs e Gravidez não planejada para adolescentes jovens”, e esta sendo desenvolvida pela pesquisadora doutoranda. Karla Carolina Silveira Ribeiro, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba.

O objetivo da pesquisa é elaborar e verificar os efeitos da aplicação de um programa de intervenção preventivo para DSTs e gravidez não planejada para jovens escolares, enfocando de modo abrangente e integrado os aspectos da vulnerabilidade individual, social e programático.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será realizado a aplicação de um questionário e realização de oficinas de debate sobre sexualidade, no qual haverá a necessidade de gravar o áudio para análises de conteúdo.

Você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material será usado pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Testemunha (em caso de analfabeto)

Karla Carolina Silveira Ribeiro
(Pesquisadora Responsável)



Endereço: Universidade Federal da Paraíba/CCHL/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Telefone para Contato: (83) 3216-7006 ou (83) 8811-9564

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável Legal)

O *adolescente* sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar do estudo “Intervenção Psicoeducativa Dirigida à Prevenção de Dsts e Gravidez não planejada para Adolescentes Jovens”. O objetivo deste estudo é elaborar e verificar os efeitos da aplicação de um programa de intervenção preventivo para DSTs e gravidez não planejada para jovens escolares, enfocando de modo abrangente e integrado os aspectos da vulnerabilidade individual, social e programático. Os avanços na área das ciências sociais ocorrem através de estudos como este, por isso a participação *do adolescente* é importante. Para o desenvolvimento desta pesquisa será realizado a aplicação de um questionário, e realização de oficinas de debate sobre sexualidade, no qual haverá a necessidade de gravar o áudio para análises de conteúdo. Esta pesquisa não apresenta nenhum risco à saúde do adolescente.

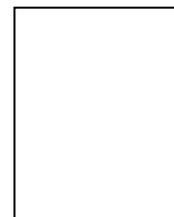
Você e *o adolescente* sob sua responsabilidade poderão obter todas as informações que quiserem; *o adolescente* poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação *do adolescente* no estudo, você nem *o adolescente* receberão qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome *do adolescente* não aparecerá em qualquer momento do estudo.

Eu li o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento o qual *o adolescente* sob minha responsabilidade será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu e *o adolescente* sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação dela (*ou dele*) na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que o nome *do adolescente* não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação *do adolescente* no estudo, desde que ele também concorde.

João Pessoa,...../...../.....

Assinatura do Responsável Legal

Testemunha (em caso de analfabeto)



Karla Carolina Silveira Ribeiro
(Pesquisadora doutoranda da Universidade Federal da Paraíba)

Endereço: Universidade Federal da Paraíba/CCHLA/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social.
Telefone para Contato: (83) 8811-9564 ou (83) 3216-7006

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Intervenção Psicoeducativa Dirigida à Prevenção de DSTs e Gravidez não planejada para Adolescentes Jovens”. Neste estudo pretendemos elaborar e verificar os efeitos da aplicação de um programa de intervenção preventivo para DSTs e gravidez não planejada para jovens escolares, enfocando de modo abrangente e integrado os aspectos da vulnerabilidade individual, social e programático. Os avanços na área das ciências sociais ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Para o desenvolvimento desta pesquisa será realizado a aplicação de um questionário, e realização de oficinas de debate sobre sexualidade, no qual haverá a necessidade de gravar o áudio para análises de conteúdo. Esta pesquisa não apresenta nenhum risco à saúde do adolescente.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

João Pessoa, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Menor

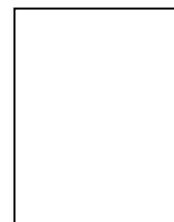
Testemunha (em caso de analfabeto)

Karla Carolina Silveira Ribeiro

(Pesquisadora doutoranda da Universidade Federal da Paraíba)

Endereço: Universidade Federal da Paraíba/CCHLA/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social.

Telefone para Contato: (83) 8811-9564 ou (83) 3216-7006



APÊNDICE D

Universidade Federal da Paraíba
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

Caro aluno,

Este questionário sobre comportamentos de saúde está sendo aplicado a estudantes do ensino médio de escolas públicas e particulares da Cidade de João Pessoa.

As informações sobre o que você faz e como isso pode afetar sua saúde servirão para conhecer e retratar melhor a realidade dos adolescentes de nossa Cidade.

O questionário é **anônimo**. Desta forma, você estará protegido, isto é, ninguém vai saber que pessoa respondeu cada questionário. Os questionários serão enviados diretamente para a Universidade Federal da Paraíba e ninguém da sua escola terá acesso a eles.

Este questionário se refere **às suas experiências de vida, como vocês pensam e agem**. Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-las. As perguntas são sempre individuais e dizem respeito apenas a você. Evite pedir ajuda ou fazer comentários com amigos ou colegas durante o questionário.

Leia com atenção cada pergunta e suas opções de resposta. **Não deixe de responder a nenhuma questão. Em cada questão, assinale apenas uma alternativa**, que considerar a mais apropriada. **Não deixe de responder a nenhum item**.

Você não é obrigado a participar da pesquisa. Se você não quiser participar, por favor, deixe seu questionário em branco.

Este primeiro bloco de perguntas que você vai responder busca conhecer as características dos alunos desta escola

1. Bairro: _____

2. Qual é o seu sexo? 1. FEMININO 2. MASCULINO

3. Qual é a sua idade? _____ ANOS

4. Escola 1. PÚBLICA 2. PARTICULAR

5. Você segue alguma religião?

1. SIM . QUAL? _____ (ESCREVA POR EXTENSO) 2. NÃO

6. Qual série você está cursando?

1. 1ª SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU)

2. 2ª SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU)

3. 3ª SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU)

7. Você é:

1. SOLTEIRO

2. CASADO/MORA JUNTO

3. SEPARADO

4. VIÚVO

A partir do que você pensa sobre a Aids, responda as sentenças abaixo, dentro de uma frequência de 1 á 10, tendo o 1 como “nada” e o 10 como “muito”, para tanto marque um x na que corresponde ao seu grau de concordância.

8 - O quanto você considera a Aids algo sério?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

9 - Quanto você pensa que sabe sobre a Aids?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

10 - Quanto você se considera vulnerável à Aids?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

11 - Quanto você considera que seus amigos são vulneráveis à Aids?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

12 - O quanto você tem medo de contrair Aids?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

13 - Quantas vezes você já sentiu que poderia ter sido contaminado com HIV-Aids?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

14 - O quanto você considera a Aids como destino?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito

As afirmações abaixo se referenciam as questões de gênero, classifique, segundo as suas crenças, o que você realmente concorda, sendo que 1 equivale “discordar plenamente” e 10 “concordar plenamente”.

15 - As mulheres preferem parceiros mais velhos porque eles têm mais experiência.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente Plenamente

16 - As mulheres preferem parceiros mais velhos porque eles têm mais responsabilidade para assumir uma possível gravidez.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

17 - A menina tem vergonha de pedir para o namorado usar camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

18 – Não é preciso usar camisinha com o namorado (a), pois existe confiança.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

19 – É obrigação de o homem pensar na camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

20 – É a mulher que têm que se preocupar em prevenir a gravidez.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

21 - Usar camisinha com o namorado (a) é o mesmo que dizer que não o ama ou não confia.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

22 – Uma mulher que anda com camisinha na bolsa é considerada fácil.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

23 – Mulher direita, que deseja casar, não deve andar com camisinha na bolsa.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

24– Não usar camisinha com o namorado é uma demonstração de confiança e amor.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

25 – É o homem que tem que se preocupar com as DSTs.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

26 – A menina não pede ao parceiro para ele usar camisinha porque tem medo dele achar que ela tem muita experiência.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

As questões abaixo se referem ao uso do preservativo, a partir do que você acredita classifique as informações, tendo como requisitos que 1 é equivalente a “discordo plenamente” e 10 a “concordo plenamente”.

27 - A camisinha não é utilizada na primeira relação sexual por falta de experiência e de prática.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

28 - Na primeira relação sexual não existe a necessidade de utilizar a camisinha, pois não há chances de engravidar.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

29 - A bebida alcoólica facilita as relações sexuais ao dar mais coragem.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

30 - O sexo é mais prazeroso sem a camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

31 - Só se usa a camisinha com pessoas que não se conhece.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

32 - O uso da camisinha depende do tempo de namoro, quanto mais tempo tiver, menos precisa usar camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

33 - Usar camisinha, na primeira relação sexual causa dor e desconforto.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

34 - Eu saberia usar o preservativo se tivesse uma relação sexual.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

35 - Eu sinto vergonha de pedir ao meu parceiro (a) para usar camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

36 - A camisinha não é usada na primeira relação sexual porque como não é planejada, não se tem a camisinha no momento.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

37 - Só se usa camisinha com profissionais do sexo.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

38 - Quando bebemos fica mais difícil usar a camisinha

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

39 - É fácil colocar à Camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

40 - O parceiro (a) fica com raiva quando peço o uso da camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

41 - Se já existe o uso da pílula, não há a necessidade de se usar a camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

42 - Só se deve usar camisinha com parceiros que ficam com várias pessoas.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

43 - Quando bebemos deixamos de lado o medo e a insegurança

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

44 - Eu tenho certeza de que meu parceiro (a) concorda em usar camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

45 - Só se deve usar camisinha com desconhecidos.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

46 - Eu converso com meu parceiro (a) sobre o uso de camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

47 - Eu tenho medo de não colocar corretamente a camisinha no momento da relação sexual.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

48 - Eu tenho medo da camisinha atrapalhar a relação sexual, pois posso perder a ereção ou ficar ou deixar minha namorada (o) desestimulada (o) ou sem vontade.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

49 - Meu parceiro (a) fala que usar camisinha diminui o prazer.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

No que se refere aos portadores do vírus do HIV/Aids, apresente seu grau de concordância ou discordância das afirmativas abaixo. (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente).

50 - As pessoas que tem Aids são promiscuas.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

51 - As pessoas que tem Aids são culpadas pela infecção.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

52- A Aids é uma punição de Deus para quem se comportou de forma imoral.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

53 - Uma pessoa com aparência saudável e educada não pode passar o vírus para outros.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

54 - Pessoas de boa família não transmitem o vírus da Aids.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

Partindo das informações que possuem sobre a transmissão do HIV/Aids, apresente seu nível de concordância e discordância das informações abaixo (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente).

55 - Uma pessoa com Aids pode ser curada.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

56 - Pode-se pegar Aids abraçando uma pessoa com Aids.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

57 - Pode-se pegar Aids beijando uma pessoa com Aids.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

58 - Pode-se pegar Aids através das relações sexuais.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

59 - Pode-se pegar Aids através do sexo oral.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

60 - Pode-se pegar Aids compartilhando agulhas.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

61 - Pode-se pegar Aids usando o mesmo copo, talher ou prato.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

62 - Pode-se pegar Aids usando a mesma toalha de banho.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

63 - Pode-se pegar Aids usando a mesma roupa.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

64 - Pode-se pegar Aids por picada de mosquitos ou outros insetos.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

65 - O uso de camisinha durante o sexo previne a Aids.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

66 - Somente homossexuais e bissexuais são vulneráveis à Aids.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

67 - As pessoas que tem relações sexuais sem camisinha estão em risco para contrair o HIV/Aids.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

68 - É seguro fazer sexo, sem camisinha, com quem eu conheço e gosto.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

69 - Não existe necessidade de usar camisinha se usar a pílula.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

70 - A camisinha feminina é tão eficaz quanto à masculina.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

A partir de como você classifica suas dúvidas e o quanto você tem abertura para falar sobre sexualidade, avalie as frases abaixo segundo o sua concordância e discordância das sentenças (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente).

71 - Não pergunto sobre sexualidade porque considero minhas dúvidas bobas.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

72 - Tenho vergonha de fazer perguntas sobre sexualidade.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

73 - Tenho várias dúvidas sobre sexualidade.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

74 - As informações que disponho sobre camisinha e vida sexual vêm das conversas que tenho com os meus amigos (as).

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

75 - Não tenho com quem conversar e tirar minhas dúvidas sobre sexualidade e uso de camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

76 - Não me sinto à vontade em discutir sexualidade com meus amigos ou conhecidos, não acho correto falar sobre este assunto;

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

Agora este tópico irá abordar as questões referentes ao serviço de saúde e como você classifica as suas experiências e contato com o mesmo (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente).

77- Ir ao posto de saúde para pegar camisinha pode fazer com que os pais descubram a vida sexual dos filhos.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

78- Não confio que as informações dadas no posto de saúde fiquem em sigilo.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

79 - Tenho vergonha de ir ao posto solicitar camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

80 - Os funcionários do posto de saúde fazem mau juízo dos adolescentes que vão em busca de camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

81 – Não existe, nos postos de saúde da minha localidade, uma equipe que saiba falar de forma que eu compreenda sobre sexualidade, a maioria das informações que recebo são técnicas e difíceis.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

82 – Quando um jovem vai ao posto de saúde solicitar camisinha ele se depara com críticas e piadas por parte dos funcionários da unidade de saúde.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

83 – Tenho vergonha de comprar camisinha na farmácia ou supermercado.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

84 – Os funcionários da farmácia ou supermercado podem fazer mau juízo dos adolescentes que compram camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

No que se refere as informações discutidas na escola e sua vivência se posicione (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente) nas afirmações abaixo.

85 – As informações que são dadas na escola sobre sexualidade não tiram minhas duvidas sobre sexualidade.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

86 – Acredito que o professor tem vergonha de falar sobre sexualidade.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

87 – As informações dadas na escola sobre sexualidade fazem parecer errado ter vida sexual ativa.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

88 – Já aconteceu em minha escola, durante as aulas sobre sexualidade, o professor pular informações afirmando que não precisaríamos ou que já temos informações suficientes;

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

As questões abaixo se referenciam as relações familiares e as amizades, segundo o que você vivencia, relate seu grau de concordância com as afirmações abaixo (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente).

89 – Meus pais nunca conversaram comigo sobre sexualidade, esta temática não é discutida em casa.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

90 – Os pais esperam que os filhos homens tenham vida sexual.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

91 – Os pais deixam camisinhas à disposição apenas para os filhos homens.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

92 – Os pais esperam que as filhas mulheres se mantenham virgens até o casamento.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

93 – Os pais não acham aceitável que as filhas mulheres andem com camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

94 - Meus amigos acham que é importante usar camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

As questões abaixo irão fazer afirmações sobre o acesso aos preservativos e as campanhas de prevenção, expresse sua concordância ou discordância com as mesmas (Sendo 1 = discordo totalmente e 10 = concordo plenamente).

95 - Eu não me identifico com as campanhas sobre prevenção da Aids ou DST.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

96 – As campanhas de prevenção não fazem efeito porque são distantes da realidade dos jovens.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

97 – As campanhas de prevenção só ocorrem realmente no carnaval e no São João, no restante do ano ela quase não existe.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

98 – As campanhas que focam o uso do preservativo se restringem apenas a relação sexual com desconhecido ou com ficantes, relações casuais, não enfocando os relacionamentos de longo prazo (namorado).

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

99 - Eu sei onde posso conseguir camisinha.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

100 - Eu sempre tenho camisinha comigo.

Discordo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Concordo
Plenamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Plenamente

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Ela é muito importante para ajudar a entender o estilo de vida dos adolescentes. No próximo ano, todas as escolas visitadas receberão os principais resultados desta pesquisa, que poderá contribuir para melhorar a saúde e qualidade de vida dos jovens.

Para dúvidas ou esclarecimentos: (83) 88119564.

APÊNDICE E

Escala de Percepção frente à Vulnerabilidade as DST e gravidez não planejada para Adolescentes Jovens

Núcleo de Vulnerabilidade e Promoção de Saúde

As afirmações abaixo se referenciam a crenças e comportamentos sobre sexualidade, classifique, segundo as suas crenças, o que você realmente concorda, sendo que 1 equivale “discordar plenamente” e 10 “concordar plenamente”.

1 - Tenho vergonha de fazer perguntas sobre sexualidade	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
2 - Não é preciso usar camisinha com o namorado (a), pois existe confiança.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
3 - Usar camisinha com o namorado (a) é o mesmo que dizer que não o ama ou não confia.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
4 - A menina não pede ao parceiro para ele usar camisinha porque tem medo dele achar que ela tem muita experiência.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
5 - Na primeira relação sexual não existe a necessidade de utilizar a camisinha, pois não há chances de engravidar.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
6- Só se usa a camisinha com pessoas que não se conhece.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
7 - O uso da camisinha depende do tempo de namoro, quanto mais tempo tiver, menos precisa usar camisinha.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
8 - Só se usa camisinha com profissionais do sexo.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
9 - Se já existe o uso da pílula, não há a necessidade de se usar a camisinha.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
10- Só se deve usar camisinha com parceiros que ficam com várias pessoas	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
11 - Só se deve usar camisinha com desconhecidos	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
12 - Meu parceiro (a) fala que usar camisinha diminui o prazer.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
13 - Pessoas de boa família não transmitem o vírus da Aids.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
14 - É seguro fazer sexo, sem camisinha, com quem eu conheço e gosto	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
15 - Não existe necessidade de usar camisinha se usar a pílula	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
16 - Não pergunto sobre sexualidade porque considero minhas dúvidas bobas	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
17 - As informações dadas na escola sobre sexualidade fazem parecer errado ter vida sexual ativa	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
18 - Não confio que as informações dadas no posto de saúde fiquem em sigilo	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
19 - Tenho vergonha de ir ao posto solicitar camisinha	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
20 - Os funcionários do posto de saúde fazem mau juízo dos adolescentes que vão em busca de camisinha	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
21 - Quando um jovem vai ao posto de saúde solicitar camisinha ele se depara com críticas e piadas por parte dos funcionários da unidade de saúde	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
22 - Tenho vergonha de comprar camisinha na farmácia ou supermercado	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
23 - Os funcionários da farmácia ou supermercado podem fazer mau juízo dos adolescentes que compram camisinha.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
24 - Eu não saberia usar o preservativo se tivesse uma relação sexual.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
25 - Não é fácil colocar a Camisinha	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
26 - Eu não tenho certeza de que meu parceiro (a) concorda em usar camisinha.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
27 - Eu não converso com meu parceiro (a) sobre o uso de camisinha.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
28 - Eu não sei onde posso conseguir camisinha	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
29 - Eu nunca tenho camisinha comigo	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Qual é o seu sexo? 1. FEMININO 2. MASCULINO **Qual é a sua idade?** _____ ANOS

Escola 1. PÚBLICA 2. PARTICULAR

Qual série você está cursando?

1. 1^A SÉRIE DO ENSINO MÉDIO 2. 2^a SÉRIE DO ENSINO MÉDIO 3. 3^a SÉRIE DO ENSINO MÉDIO

() PARTICIPOU DA PALESTRA () PARTICIPOU DA INTERVENÇÃO

APÊNDICE F

DINÂMICA 1

Título: Poderia ser comigo?

Objetivo: Discutir e se posicionar frente a um caso de gravidez na adolescência, bem como de refletir acerca da importância de se planejar para uma relação sexual e de fazer contracepção.

Duração: 50 minutos.

Material para cada grupo: Cópia do estudo de caso "A estória de Camila"; lápis ou canetas; folhas em branco para as respostas.

Desenvolvimento:

1. O instrutor forma subgrupos de até 4 pessoas e solicita-lhes que escolham alguém para coordenar.
2. Explica à dinâmica, distribui para cada grupo as três folhas com "A estória de Camila" e esclarece as funções da coordenação no subgrupo.
3. As funções do coordenador serão: distribuir as partes do estudo de caso, para que todos leiam e respondam as questões ao final de cada página; permitir que todos os membros do grupo se posicionem e anotar as respostas em uma folha em branco. Convém ao instrutor se reunir um pouco antes com quem coordenará, para tirar dúvidas quanto à dinâmica. Deixar bem claro que só se passa à parte seguinte da estória depois de discutidas as questões.
4. Após o tempo determinado, pede que as respostas de cada grupo sejam apresentadas em plenário pelo coordenador.
5. O instrutor encerra a dinâmica, fazendo comentários sobre a iniciação sexual da população jovem, a gravidez na adolescência, a importância de planejar a contracepção e que isso não tira o prazer nem do homem, nem da mulher.

Parte 1

A estória de Camila

Camila tem 15 anos e é a filha mais velha, numa família de dois irmãos. A sua mãe é professora de uma Grande Escola Particular de sua cidade e trabalha o dia inteiro; à noite, mesmo quando está atarefada, sempre encontra um tempinho para conversar com os filhos e ver se vai tudo bem com eles. O pai também trabalha o dia todo.

Quando terminou a 1ª ano do ensino médio, Camila foi com a família de sua melhor amiga passar as férias em Salvador. Era a primeira vez que ela viajava sem a sua própria família e por isso sua mãe lhe fez mil recomendações, mesmo confiando no bom senso da filha e acreditando que havia lhe dado todo tipo de informação possível sobre sexualidade.

O sol, a praia, o calor, tudo era maravilhoso e Camila sentia que estava vivendo o melhor período da sua vida. Teve certeza disso quando conheceu Tiago. Um mineiro de Belorizonte, 17 anos, olhos castanhos. O namoro corria solto, gostoso, até que um dia Tiago convidou Camila a ir à casa em que ele estava hospedado porque todo mundo tinha ido a Ilha de Itaparica e eles poderiam ficar toda a tarde juntos, sozinhos e tranquilos. Camila pensou um pouco e resolveu aceitar. Afinal, estava apaixonada e se sentia preparada para iniciar sua vida sexual.

- Quem teria que pensar na contracepção? Camila ou Tiago?
- Como vocês imaginam que seria um papo sobre contracepção entre os dois?
- Como eles poderiam se prevenir?

Parte 2

A estória de Camila

Quando chegou à casa de Tiago, Camila teve certeza que a transa ia rolar. O ambiente cheirava a maresia, Tiago estava romântico. Foram para um canto da sala e começaram a se beijar e a se abraçar. Um dado momento Camila disse que era virgem, que não tomava pílula e que tinha medo de engravidar. Tiago acalmou-a dizendo que ninguém engravida na primeira vez que transa, que ele tinha certeza.

Camila, então, lhe disse que sua mãe sempre lhe dizia que se cuidasse e que todo mundo deveria usar camisinha por causa da Aids. Tiago ficou nervoso: "Transar com camisinha é o mesmo que chupar bala com papel" - disse ele. "Além do mais eu não sou homossexual, nem tomo drogas. Não ponho camisinha de jeito nenhum".

- A menina pode engravidar na primeira vez que transa?
- O que vocês acharam da atitude de Tiago quando Camila lhe pediu que usasse camisinha?
- O que vocês acham que Camila fez quando Tiago se recusou a usar o preservativo?
- O que vocês acham que ela deveria ter feito?
- O que vocês acharam da afirmação de Tiago quanto a não ser homossexual nem tomar drogas e, portanto, não ter aids?

Parte 3

A estória de Camila

Camila acabou topando e eles transaram sem prevenção alguma. As férias acabaram e Camila voltou para casa. Ficava horas pensando naquela tarde, lembrando detalhe por detalhe e escrevendo longas cartas para Tiago. Tiago, por sua vez, também ia lhe escrevendo cartas e mais cartas. Depois de um mês e meio, Camila percebeu que alguma coisa estava acontecendo, tinha enjôos constantes e sua menstruação estava atrasada. Ficou desesperada. "E se eu estiver grávida?", pensou.

A mãe de Camila notou que sua filha estava muito agoniada. Nem parecia aquela Camila que tinha voltado tão radiante e apaixonada das férias. È noite, quando voltou do trabalho, foi até o quarto da menina e perguntou-lhe o que estava acontecendo. Quando Camila contou, sua mãe começou a chorar e a lhe dizer que ela tinha lhe dito mil vezes que se prevenisse e que ela tinha que ter tomado esses cuidados. No dia seguinte foram ao médico e veio à confirmação. Camila estava realmente grávida.

- Como vocês encaram a atitude da mãe de Camila?
- Como vocês acham que Camila se sentiu com a notícia?
- Quais seriam as opções de Camila?
- Qual delas vocês acham mais acertada para este caso? Por quê?
- Qual, vocês acham, que será a atitude de Tiago?

Observações:

- Contracepção de emergência - até 72 horas - dosagem de pílula - procurar médico
- Aborto legal: risco de vida da mãe, estupro (tentativas - anomalia fetal)
- Lembrar prevenção - conversa inicial sobre métodos - uso da camisinha
- Idade ideal - conversa antes - lembrar que o diálogo significa amadurecimento

APÊNDICE G

Dinâmica 2 – Negociando o uso do preservativo nas relações amorosas.

Objetivo: Instrumentalizar para a negociação do uso de métodos preventivos com os parceiros, o reconhecimento e a busca de possíveis soluções frente a conflitos no relacionamento.

Duração: 60 minutos.

Material: Um roteiro para cada grupo.

Desenvolvimento:

1. O facilitador explica à dinâmica e pede aos participantes que se subdividam em grupos de até 6 pessoas.
2. Após, designará um roteiro que deverá ser encenado pelo grupo. O grupo montará uma encenação usando quantos personagens achar necessário.
3. Após o tempo estabelecido para o preparo da encenação, reúne os grupos e pede a cada um que represente para os demais.
4. Depois que todos os grupos se apresentarem, faz as observações necessárias acerca do trabalho. Explora, também, as sensações experimentadas por esta vivência.
5. Fecha o exercício informando-os que antes de se iniciar uma negociação, é necessário pensar:
 - Quais são os meus argumentos?
 - Quais serão os argumentos da outra pessoa e como poderei responder a eles?
 - Até onde posso ceder?
 - Qual a solução melhor para as duas partes?

Roteiro

Grupo I

Carla e Daniel estão tendo relações sexuais há três meses e até agora não usaram nenhum método contraceptivo. Eles têm medo de ir a uma farmácia ou a um posto de saúde porque acham que todo mundo vai ficar sabendo que eles estão transando, principalmente seus pais. Todo mês ficam nervosíssimos, morrendo de medo da menstruação de Carla atrasar.

Representação

- Mostrar a situação e o conflito vivido pelos dois.
- Sugerir uma solução.

Grupo II

Fernanda e Pedro estão transando há seis meses. O método que estão usando é a tabelinha, só que, mesmo marcando tudo direitinho na sua agenda e sendo super-regulada, Fernanda está muito insegura. Ela acha que Pedro poderia usar a camisinha, já que é fácil de comprar e assim ela não vai dar bandeira em casa. Acontece que Pedro é terminantemente contra.

Representação

- Mostrar a situação e o conflito vivido pelos dois.
- Sugerir uma solução.

Grupo III

Felipe e Dorothy já namoram há três meses. E já estão transando a um mês, porém só fazem uso da pílula, contudo Dorothy utiliza sem orientação médica, após conversar com uma amiga decide usar camisinha, mas têm medo de Conversar com Felipe, pois acredita que ele pode achar que ela tem muita experiência no assunto ou que não confia nele.

Representação

- Mostrar a situação e o conflito vivido pelos dois.
- Sugerir uma solução.