

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE

SHEILA CYRINO CÂMARA

VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES À TRANSMISSÃO  
SEXUAL DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

FORTALEZA – CEARÁ

2012

SHEILA CYRINO CÂMARA

VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES À TRANSMISSÃO  
SEXUAL DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Linha de pesquisa: Situação de Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa Dra Dafne Paiva Rodrigues.

FORTALEZA – CEARÁ

2012

SHEILA CYRINO CÂMARA

VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES À TRANSMISSÃO  
SEXUAL DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente. Linha de pesquisa: Situação de Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa Dra Dafne Paiva Rodrigues

Universidade Estadual do Ceará (Orientadora)

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Universidade Estadual do Ceará (Membro efetivo)

---

Profa Dra Maria Lucia Duarte Pereira

Universidade Estadual do Ceará (Membro efetivo)

---

Profa Dra Lucilane Maria da Silva Sales

Universidade Estadual do Ceará (Membro suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, e a Virgem Maria, cuja presença se faz constante no meu caminhar pela vida, possibilitando todas as minhas vitórias.

Ao Dr. Edson Evangelista, Cristina Oliveira, pelo apoio institucional, por acreditarem no meu crescimento profissional e pela amizade.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, pelos conhecimentos adquiridos e em especial à coordenação do curso Profa Dra Maria Veraci Oliveira Queiroz, que nos proporcionou esta oportunidade.

A Profa Dra Dafne Paiva Rodrigues, que, acolheu-me, sempre confiante e compreensiva durante todo o caminho desta dissertação, acreditando na relevância do estudo e incentivando-me a persistir.

Ao Prof. Dr Paulo César de Almeida, pela valorosa e oportuna colaboração na análise dos dados.

A minha amiga, Cristiana Ferreira, por todo incentivo, paciência e segurança nos momentos de incerteza, pela co-orientação informal imprescindível para a conclusão deste trabalho, e pela amizade incondicional, verdadeira e duradoura.

Ao amigo Ricksberg Leite Cabral que, com sua presença amiga foi um companheiro fiel contribuindo para a minha vida profissional e acadêmica , confiando e vibrando com as minhas conquistas.

A amiga Wlândia Camurça, companheira de estudo, pelo incentivo, parceria e perseverança , em nossa caminhada para o enfrentamento das etapas nas seleções .

Aos colegas do Mestrado com os quais tive o prazer de compartilhar esse período de luta, numa reciprocidade de harmonia, conhecimento e apoio, e em especial, Ozilene, Sabrina, Zuleide, e Lenismar, que tanto me incentivaram e ajudaram no enfrentamento das etapas, participando da mesma equipe de trabalho durante todo o curso, pelo vínculo carinhoso e de amizade que fizemos.

À Mary Anne Cavalcanti Saraiva Matos, pelo apoio junto à coordenação do curso.

Aos adolescentes, que no anonimato participaram desta pesquisa, meu afeto e minha eterna gratidão.

Aos Diretores e Coordenadores do Programa Saúde na Escola (PSE) que participaram da pesquisa, pela colaboração na coleta dos dados e apoio ao nosso trabalho.

Agradeço a todos aqueles que, muito embora não tenham sido mencionados acima, tenham contribuído para o alcance de mais essa conquista em minha vida.

*A Deus, que em sua bondade infinita, me deu muito mais do que pedi ou imaginei.*

*Ao meu pai biológico Mauricio Cyrino, pela vida e o apoio para minha formação profissional numa etapa muito difícil da minha vida.*

*A minha mãe biológica Stela Cyrino (in memoriam), que me transmitiu garra para trabalhar e enfrentar os desafios da vida por todos os momentos difíceis que superou para que eu pudesse ter minhas oportunidades e pela grande colaboração na minha vida profissional e de mãe.*

*A minha primeira mãe criação Zeramar (in memoriam), pelo exemplo de determinação, por ter me dado as condições para estudar, por ter sido exigente me ofertando todas as chances, contribuindo para minha formação.*

*Aos meus segundos pais Manuel e Rosmeide, pelo carinho em todos os meus momentos, pela nova família maravilhosa motivo de orgulho e alegria, e pelos ensinamentos para conduzir meus caminhos, e pelo incentivo para não desistir da minha realização profissional.*

*Ao meu marido Adriano, pelos filhos que me deu e pela compreensão durante todos os momentos necessários para o alcance desta vitória.*

*Aos meus filhos Adriano Filho e André, jovens encantadores e queridos, para que meus esforços sirvam de incentivo para nunca desistirem apesar de todos os percalços.*

*A minha neta Ana Clara, que veio trazer alegrias e transformações em nossa família, para que essa vovó possa ser um exemplo de coragem para enfrentar os obstáculos, por mais intransponíveis que pareçam, mostrando que os desafios fazem a vida valer a pena.*

*Dedico este trabalho.*

*“È melhor tentar e falhar, que preocupar-se  
em ver a vida passar.*

*È melhor tentar ainda em vão, que sentar-se  
fazendo nada até o final.*

*Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias  
tristes em casa me esconder.*

*Prefiro ser feliz, embora louco, que em  
conformidade viver...”*

*Martin Luther King*

*Adolescentes são seres especiais que nos  
ensinam a vivenciar as mudanças do presente,  
plenos de fé no futuro que para eles o futuro é agora  
e o presente para sempre, sendo o tempo uma  
variável ilógica entre o poder e a escolha, entre o  
sonho e a realidade.*

*Maria Ignez Saito*

## RESUMO

No contexto da prevenção da aids, o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado com muita frequência no sentido de fornecer informações para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada pessoa ou cada grupo específico tem de se contaminar ou de se proteger. A adolescência é um período de mudança e transição e são naturalmente vulneráveis pelas características intrínsecas à idade. O estudo objetivou analisar os fatores relacionados à vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV entre adolescentes segundo o sexo, estudantes de escolas públicas de ensino fundamental participantes do Programa Saúde na Escola. Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. A amostra correspondeu a 408 adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos que responderam um questionário semi-estruturado e auto-aplicado. As variáveis foram agrupadas de acordo com: i) características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde; ii) conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV; iii) acesso a informações e serviços em DST/aids; iv) características da vida sexual entre adolescentes. As análises de associações entre variáveis foram realizadas por meio dos testes não paramétricos de  $\chi^2$  e razão de verossimilhança. Sobre os fatores relacionados à vulnerabilidade individual foi encontrado diferença significativa entre adolescentes do sexo feminino e masculino em relação ao conhecimento sobre a aids e sua transmissão, com ( $p= 0,024$ ) e ( $p = 0,001$ ), respectivamente; em relação à exposição de adquirir HIV por via sexual (uso do preservativo somente em algumas relações sexuais), com o ( $p= 0,001$ ), como também ao fato dos adolescentes não conversarem com ninguém sobre aids ( $p= 0,002$ ). Percebeu-se diferença significativa entre o sexo dos adolescentes em relação ao início da vida sexual, ( $p= 0,009$ ). Na vulnerabilidade social, esse estudo encontrou diferença significativa entre o sexo dos adolescentes ( $p= 0,002$ ) em relação a conversar sobre aids com os amigos da mesma idade, em relação com a família ( $p= 0,002$ ). Os adolescentes do sexo masculino conversam menos sobre aids com os amigos e com suas famílias. Sobre a vulnerabilidade institucional, diferenças significativas entre o sexo dos adolescentes participantes desse estudo foram percebidas em relação: i) ao conhecimento dos adolescentes sobre a existência de vínculo entre a família e os serviços de saúde ( $p= 0,032$ ); ii) orientações oferecidas pelas escolas sobre aids ( $p= 0,012$ ) e pelos serviços de saúde ( $p= 0,038$ ); iii) conversa sobre DST/aids com profissionais de saúde ( $p= 0,001$ ) e com o professor ( $p= 0,049$ ); iv) pouco conhecimento entre adolescentes do sexo masculino sobre a realização do teste de HIV ( $p= 0,003$ ). Os fatores relacionados à vulnerabilidade institucional apresentaram maior proporção, indicando falhas estruturais na iniciativa do PSE, fazendo-se necessárias intervenções preventivas efetivas através de estratégias educativas em saúde baseadas em métodos dialógicos e construtivistas, favorecendo principalmente o protagonismo dos adolescentes.

**Palavras Chave:** Adolescente, Vulnerabilidade, HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Educação em Saúde.

## ABSTRACT

In the context of AIDS prevention, the term vulnerability is being used too frequently in order to provide information to objectively evaluate the different chances that each person or each group is specific to contaminate or to protect itself. Adolescence is a period of change and transition and is naturally vulnerable to the intrinsic characteristics of the age. The study aimed to analyze the factors related to vulnerability to sexual transmission of HIV among adolescents according to gender, school students from public elementary schools participating in the School Health Program. This was a cross-sectional study, exploratory and descriptive quantitative approach. The sample corresponded to 408 adolescents aged between 10 and 19 years who completed a semi-structured self-administered. Variables were grouped according to: i) socioeconomic characteristics, demographic and accessibility to health services, ii) knowledge of aspects of STD / HIV / AIDS and HIV exposure, iii) access to information and services on STD / AIDS; iv) characteristics of intercourse among adolescents. Analyses of associations between variables were performed using the nonparametric tests of  $\chi^2$  and likelihood ratio. On factors related to individual vulnerability was found significant difference between adolescent females and males in relation to knowledge about AIDS and its transmission, with ( $p = 0.024$ ) and ( $p = 0.001$ ), respectively, compared exposure of acquiring HIV through sex (condom use only in some sex), ( $p = 0.001$ ), but also to the fact that teenagers do not talk to anyone about AIDS ( $p = 0.002$ ). We noticed a significant difference between the adolescents' gender in relation to the onset of intercourse, with ( $p = 0.009$ ). In social vulnerability, this study found significant differences between the adolescents' gender ( $p = 0.002$ ) relative to talk about AIDS with friends the same age, in connection with the family ( $p = 0.002$ ). The adolescent male talk less about AIDS with friends and their families. On the institutional vulnerability, significant differences between the sex of the adolescents participating in this study were perceived in relation to: i) the knowledge of adolescents about the existence of link between family and health services ( $p = 0.032$ ), ii) guidelines offered by schools on AIDS ( $p = 0.012$ ) and health services ( $p = 0.038$ ), iii) talks about STD / AIDS with health professionals ( $p = 0.001$ ) and Professor ( $p = 0.049$ ), iv) lack of knowledge among adolescent boys on the implementation of an HIV test ( $p = 0.003$ ). The factors related to institutional vulnerability the highest proportion, indicating structural flaws in the initiative of the PSE, making it necessary preventive interventions through effective health education strategies based on dialogic and constructivist methods, favoring mainly the role of adolescents.

**Keywords:** Adolescent, Vulnerability, HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health Education

## LISTA DE TABELAS

1	Tabela 1 – Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde da amostra de adolescentes segundo sexo Maracanaú-CE, 2011.	55
2	Tabela 2 – Características socioeconômicas da amostra de adolescentes segundo faixa etária. Maracanaú-CE, 2011.	57
3	Tabela 3 – Características da amostra de adolescentes sobre conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV segundo sexo. Maracanaú-CE, 2011	58
4	Tabela 4 – Características da amostra de adolescentes sobre conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV segundo a faixa etária. Maracanaú-CE, 2011.	59
5	Tabela 5 – Características da amostra de adolescentes sobre acesso de informações e serviços em DST/aids segundo sexo. Maracanaú-CE, 2011	61
6	Tabela 6 – Características da amostra de adolescentes que iniciaram vida sexual segundo sexo. Maracanaú-CE, 2011.	63
7	Tabela 7 – Fatores relacionados à vulnerabilidade individual, social e institucional da amostra de adolescentes segundo sexo Maracanaú-CE, 2011	65

## LISTA DE QUADROS

1	Quadro 1: Relação das escolas públicas e unidades de saúde participantes da pesquisa. Maracanaú-CE	<b>42</b>
2	Quadro 2: Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde entre adolescentes	<b>46</b>
3	Quadro 3: Conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV entre adolescentes	<b>47</b>
4	Quadro 4: Acesso de informações e serviços em DST/aids entre adolescentes	<b>47</b>
5	Quadro 5: Características da vida sexual entre adolescentes	<b>48</b>
6	Quadro 6: Fatores para identificação de vulnerabilidade individual, social e institucional entre adolescentes	<b>50</b>

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UNAIDS - The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2. OBJETIVOS</b>	22
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	22
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	22
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	23
<b>3.1 Adolescência, HIV e aids</b>	23
<b>3.2 Vulnerabilidade</b>	29
<b>3.3 Promoção da saúde do adolescente na escola</b>	35
<b>4. METODOLOGIA</b>	41
<b>4.1 Tipo e natureza do estudo</b>	41
<b>4.2 Local e período do estudo</b>	42
<b>4.3 População e amostra</b>	43
4.3.1 Critérios de inclusão	44
<b>4.4 Coleta de dados</b>	44
4.4.1 Instrumento de coleta de dados	44
4.4.2 Procedimento para coleta de dados	45
<b>4.5 Variáveis do estudo</b>	46
<b>4.6 Processamento e análise dos dados</b>	50
<b>4.7 Aspectos éticos</b>	51
<b>5 RESULTADOS</b>	53
<b>5.1 Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde entre adolescente</b>	53
<b>5.2 Conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV entre adolescentes</b>	57
<b>5.3 Acesso a informações e serviços em DST/aids entre adolescentes</b>	60
<b>5.4 Características da vida sexual entre adolescentes</b>	62
<b>5.5 Vulnerabilidades entre adolescentes: individual, social e institucional</b>	64

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>76</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>92</b>
	<b>Anexo I – Pesquisa PENSE</b>	<b>92</b>
	<b>Anexo II – Pesquisa SPE</b>	<b>96</b>
	<b>Anexo III – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE</b>	<b>98</b>
	<b>APENDICE</b>	<b>99</b>
	<b>Apêndice A – Questionário</b>	<b>99</b>
	<b>Apêndice B – TCLE: sujeitos da pesquisa</b>	<b>102</b>
	<b>Apêndice C – TCLE: Direção da Instituição</b>	<b>103</b>
	<b>Apêndice D – PRODUTO</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por vulnerabilidades em virtude de ser uma etapa da vida em que os conflitos são do âmbito social, psicológico, físico, dentre outros, em que a descoberta do prazer, muitas vezes, acontece nessa época, havendo necessidade de ações de educação em saúde que orientem esses adolescentes sobre os riscos de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e com o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS).

A adolescência é um período de transição para a vida adulta e, por isso, é um período de muitas mudanças, tanto a nível biológico, quanto cognitivo, emocional e social. É um momento também para a adoção de novas práticas e comportamentos, ganho de autonomia, exposição a diversas situações e riscos que podem levá-los a se contaminarem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como adolescência o período de 10 a 19 anos, distingue ainda a adolescência inicial de 10 a 14 anos e a adolescência final entre 15 a 25 anos, e define esse período de vida a partir das características sexuais secundárias, do desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação que evoluem de fase infantil para a adulta; e pela transição de um estado para outro de relativa autonomia. (OMS, 2009).

O Brasil conta com um pouco mais de 54 milhões de cidadãos e cidadãs na faixa etária de 10 a 24 anos de idade, representando 30% da população brasileira. Essas parcelas expressivas da população estão expostas a riscos e relações de vulnerabilidade de caráter estrutural a serem superadas de forma premente. (IBGE, 2009).

No Ceará, a população de adolescentes é de 1.608.334, representando 22% do total da população e 67% desses, vivem em áreas urbanas. A vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como às questões econômicas e sociais, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente nesta população. (IBGE, 2009).

A adolescência é um período de vida que merece atenção, pois esta transição entre a infância e a idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo. Segundo Becker (2005), o adolescente se encontra em um contexto de liberação e estímulo sexual, associado à desinformação, repressão social, uma grande necessidade de formação de grupo e desintegração da família patriarcal. Em virtude desta perda de autoridade da família, ele perde sua principal forma de identidade, e a mídia entra com toda a sua força, vendendo não só um produto, mas também um estilo de vida.

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e tem ocorrido cada vez mais precoce. Na maioria das vezes, a iniciação sexual de jovens do sexo masculino ocorre mais precocemente que a de jovens do sexo feminino. (BORGES; SCHOR, 2005), e a idade média da primeira relação sexual genital entre as moças está abaixo dos 15 anos. (TAQUETTE, 2009).

No Brasil estes números não diferem. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre o comportamento sexual da população em 2008, os dados revelam que entre brasileiros de 16-24 anos do sexo masculino, 36,9% tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de idade e entre o sexo feminino, o percentual foi de 17%. (BRASIL, 2009a).

Associa-se ao início da vida sexual precoce, a alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), comportando-se como um dos agravos mais frequentes à saúde. A OMS estima que ocorram, a cada ano, 333 milhões de casos novos de DST curáveis, na faixa etária de 15 – 49 anos. (LINHARES et al., 2004).

Ao pensarmos, nos adolescentes, percebemos que esta faixa etária é extremamente vulnerável devido às características próprias da idade, à inexperiência em lidar com os seus sentimentos e com os dos parceiros, às precárias fontes de informações que têm sobre as formas de transmissão e de prevenção tanto da aids quanto de outras DST e por não possuírem determinadas habilidades, tais como, tomada de decisão, assertividade, comunicação e negociação.

Esta pesquisa tem como base o conceito de vulnerabilidade de Ayres et al.(1999) por considerar um autor que trabalha a temática no campo da saúde e concebe o sujeito em seu

contexto, valorizando seus aspectos subjetivos, sem o desvincular do meio onde está inserido. Os conceitos de risco e vulnerabilidade vistos com apoio na representação dos adolescentes é uma oportunidade de renovação de práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, em um processo interdisciplinar e intersetorial.

Compreende-se vulnerabilidade como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e, também, como o resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que estão relacionados com a maior susceptibilidade para adoecer e, ao mesmo tempo, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. (AYRES et al., 2003).

O mesmo autor supracitado acrescenta que as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o institucional, e que 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.

No contexto da prevenção da aids, o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado com muita frequência no sentido de fornecer informações para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada pessoa ou cada grupo específico tem de se contaminar ou de se proteger. Nesse sentido, o termo, além de fazer referência a fatores individuais a que levariam uma pessoa ou um grupo a adotar comportamento mais ou menos protegidos perante o vírus da aids, também procura analisar aspectos institucionais e sociais que influenciariam a prática do sexo mais ou menos seguro. (AYRES, 2000).

A aids, fase mais avançada da infecção pelo HIV (vírus da Imunodeficiência Humana) é uma doença emergente e, na atualidade, em função do seu caráter pandêmico, representa um dos maiores problemas da saúde coletiva no mundo e em todos os estados do Brasil, ganhando proporções alarmantes pelo número de pessoas portadoras do vírus e de mortes.

A epidemia de AIDS estimulou a realização de pesquisas com especial interesse na investigação de padrões de comportamento relacionados à transmissão do HIV. Posteriormente, o enfoque utilizado entre os susceptíveis foi o de comportamento de risco, passando a destacar a importância de fatores individuais e comportamentais nas ações de prevenção da doença. Todavia, resoluções limitadas e algumas vezes com resultados negativos ocorreram, surgindo novos questionamentos sobre os fatores envolvidos e também sobre a abordagem aplicada. Estas questões implicaram na necessidade de novos conceitos para entendimento do processo saúde-doença aplicada ao contexto da AIDS, passando então a se pensar em vulnerabilidade para explicar limitações e impasses relacionados ao controle e prevenção da doença. (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; AYRES, 2000).

A AIDS afetou tudo o que se fazia e pensava no campo da sexualidade. Apesar das novas descobertas para o controle da infecção, ainda estamos distantes de fazer com que a maioria dos jovens usem preservativos, pois a decisão final para a adesão é muito complexa e tem íntima relação com os fatores culturais, econômicos e emocionais, que devem ser levados em consideração em projetos educativos e discussões sobre sexo seguro.

O relatório da *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) registrou 33,2 milhões de pessoas vivendo com o vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sendo o continente Africano o mais gravemente afetado. Diariamente cerca de 6.800 pessoas são infectadas pelo vírus HIV e 5.700 morrem em decorrência da AIDS, principalmente por acesso inadequado aos serviços de prevenção e tratamento. (UNAIDS; WHO, 2007).

A OMS (2009) estimou que em 2007, 45% das novas infecções pelo HIV no mundo ocorreu entre pessoas jovens de 15 a 24 anos, e que anualmente uma em cada dez pessoas sexualmente ativas, adquire uma DST. O impacto da epidemia de AIDS aponta para a necessidade de prevenção e tratamento de outras infecções que, como o HIV, são transmitidas durante a relação sexual sem proteção. Isto porque a presença de uma DST aumenta de 3 a 18 vezes o risco de infecção ou de transmissão do HIV quando um dos parceiros está contaminado e quando não se faz o uso correto do preservativo.

O Brasil totalizou 608.230 casos de AIDS de 1980 a junho de 2011. Foram identificados 397.662 (65,4%) casos de aids no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo

feminino. O maior número de casos está concentrado na região Sudeste com 343.095 (56,4%) casos, seguido da Sul com 123.069 registros (20,2%), Nordeste 78.686 (12,9%), Centro-Oeste 35.116 (5,8%) e Norte 28.248 (4,6%). Em média são notificados 35 mil novos casos por ano. (BRASIL, 2011).

O total de casos de aids em jovens de 15 a 24 anos, de 1982 até junho de 2011, corresponde a 66.698. No ano de 2010, a região com a maior taxa de incidência foi a Sul (14,3 casos a cada 100 mil habitantes), seguida da Norte (12,8), Sudeste (9,2), Centro-Oeste (7,9) e Nordeste (6,9). A razão de sexos em jovens de 15 a 24 anos, atualmente em 1.4, ou seja, a cada 14 homens com HIV/aids, existem 10 mulheres em igual situação. (BRASIL, 2011)

No Ceará, foram registrados 12.936 casos de AIDS no período de 1980 a junho de 2011, com 1.473 casos entre a faixa etária de 15 a 24 anos. Do total de casos, 69,9% são referentes à categoria de exposição sexual, revelando que a categoria de exposição predominante segue a tendência mundial e brasileira. (BRASIL, 2011).

O município de Maracanaú, local da pesquisa, aponta como o terceiro município do estado do Ceará, com o maior número de casos de AIDS, depois dos municípios de Fortaleza e Caucaia. Foram notificados 417 casos desde 1980 até 2011. Desses, 282 (67,6%) casos são do sexo masculino e 135 (32,4%) entre as mulheres e 28,5% dos casos encontram-se na faixa etária entre 15 a 29 anos. (DATASUS, 2011).

Vale ressaltar que o referido município implantou o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial em dezembro de 2007, que trata-se de uma política de articulação e integração entre as ações desenvolvidas nas Escolas e nas UBS, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, resulta na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, contribuindo para o fortalecimento de ações de prevenção e promoção com articulação entre saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens do município. (BRASIL, 2008).

Por esse programa ter como uma das metas o desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, tendo por finalidade informar, apoiar e incentivar

tecnicamente os adolescentes, responsáveis e pais a adotarem atitudes de saúde que possam proporcionar uma vida saudável baseada no cuidado consigo e com o outro, reconhecendo os riscos de adoecer, transmitir e morrer .

Por ser a escola um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes, e um espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opções por atitudes mais saudáveis. (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Pelo quadro da vulnerabilidade em termos de seu conteúdo propositivo e sua dimensão prática, a sua incorporação nos programas de saúde, sua capacidade de disparar revisão e mudanças no campo das ações de prevenção e cuidado, e mesmo tendo merecido investimento nos últimos anos, ainda observamos que, embora a “linguagem” da vulnerabilidade tenha sido incorporada em documentos e diretrizes, respaldados pela produção científica e pelos movimentos sociais por reivindicações de direitos, existem muitas dificuldades para a sua incorporação no trabalho prático, diário, dos trabalhadores e serviços de saúde.

Por reconhecer que, para diminuir a expansão da epidemia da AIDS, depende, portanto, da disseminação de informações corretas e da possibilidade dos indivíduos nelas se reconhecerem, usando-as para sua proteção, aprofundando a operacionalização da noção de vulnerabilidade.

As reflexões aqui expostas provocaram inquietações que motivaram a pesquisadora a fazer a seguinte indagação: quais as situações de vulnerabilidades dos adolescentes para a transmissão sexual do HIV/AIDS, em cada equipamento social, onde está implantado o Programa Saúde na Escola?

O interesse pelo estudo surgiu da experiência da autora como membro integrante do Grupo Gestor do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), no município de Maracanaú, que propiciou uma vivência reflexiva sobre a necessidade de conhecimento do perfil dos adolescentes assistidos pelo programa, como forma de organizar a atenção à saúde desse

subgrupo populacional, com adequação nas ações voltadas para as necessidades específicas identificadas, respeitando as características socioeconômicas, individuais e culturais da população local.

Identificadas as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos adolescentes, socializaremos os resultados em boletins e manuais para os profissionais da saúde e educação ligados ao PSE, como instrumentos que contribuirão para uma maior compreensão das percepções e dos comportamentos relacionados à vulnerabilidade dos adolescentes no que se refere à transmissão do HIV, estabelecendo relações entre o adoecimento individual e o contexto sociocultural, possibilitando assim, reavaliar as práticas e redimensionar o planejamento de ações voltadas para as problemáticas apresentadas nas várias áreas pesquisadas, como também, contribuir com a gestão municipal, tornando-os conhecedores dos dados, os quais poderão subsidiar mudanças nas políticas públicas voltadas aos adolescentes, promovendo assim, impactos nos perfis epidemiológicos do município de Maracanaú.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar os fatores relacionados à vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV entre adolescentes segundo o sexo, estudantes de escolas públicas de ensino fundamental participantes do Programa Saúde na Escola.

### **2.2. Específicos:**

- i. Caracterizar o perfil socioeconômico dos adolescentes das escolas públicas do ensino fundamental do município de Maracanaú-CE.
- ii. Identificar situações relacionadas à vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV vivenciadas por adolescentes, segundo as dimensões individual, programática e social.
- iii. Analisar as vulnerabilidades entre adolescentes em relação à transmissão sexual do HIV e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda, atitudes e práticas sexuais e conhecimento pelos adolescentes de projetos de atenção à saúde.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Situando a relevância do tema para o estudo, apresentaremos revisão bibliográfica sobre adolescência e os aspectos inerentes a essa faixa etária que podem influenciar na sexualidade do adolescente para as vulnerabilidades relacionados às DST/HIV/aids.

#### **3.1 Adolescência, HIV e aids**

A palavra adolescência vem do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (MUUSS, 1976), sendo que somente a partir do final do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento.

As primeiras teorias relativas ao estudo científico da adolescência datam de 1904, com o trabalho pioneiro de Granville Stanley Hall, considerado o pai da psicologia da adolescência e primeiro a destacar o período evolutivo da adolescência. (Muuss, 1976).

Autores como Muuss (1976), Sprinthal e Collins (1994), referem que, Hall postulava que na adolescência o indivíduo passava por um novo nascimento, marcado por mudanças significativas, que culminavam numa nova personalidade, diferente daquela da infância. Essas mudanças eram consequências da maturação sexual, sendo, portanto de origem biológica. Ele denominou esse período de tempestade e tensão, caracterizado por anomalias de comportamento que se modificavam a medida que o indivíduo alcançava a maturidade sexual.

Foi no século XIX que, com as grandes transformações sócio-culturais associadas à revolução industrial, começaram a surgir grandes alterações na definição das etapas da vida. A adolescência começa a ser considerada como um período importante no processo de

desenvolvimento do indivíduo e o controle da família sobre os adolescentes foi-se prolongando até à idade do casamento (CABIÉ; GAMMER, 1999).

Segundo Costa, (1997), a adolescência está relacionada ao desenvolvimento biológico quando hormônios gonadotróficos estimulam os ovários e os testículos, e começam a produzir os hormônios sexuais que, por sua vez, provocam o surgimento das características sexuais secundárias: nos homens, barba, pêlo nos peitos, voz grossa, ombros largos, quadril estreito. Nas mulheres, seios, voz feminina, ombros estreitos, quadris largos.

A adolescência se configura, portanto, como uma fase de transição biológica, psicológica e social. É nesse período que a maturidade biológica e sexual é atingida, se define a identidade sexual e, potencialmente, é onde se desenha o espaço social do homem e da mulher. A ansiedade gerada nessa fase decorre, além de outros aspectos, do medo de fisicamente não conseguir o padrão socialmente desejável ou aceito e ser então desprezível (VITIELLO, 1986).

Para Tiba (1997) a adolescência é o período de crescimento que se inicia fisicamente com a puberdade e termina quando se atinge a maioridade, o corpo cresce novas funções sexuais surgem, a mente se desenvolve, o ambiente se modifica a qualidade das sensações afetivas e sexuais se transforma; tudo isso provoca no jovem uma série de crises que vão tendo de ser superadas uma a uma, com maior ou menor dificuldade sem que o desenvolvimento natural seja dificultado.

A adolescência é um período do ciclo da vida que tem sofrido algumas alterações ao longo da história, quer relativamente à localização dos indivíduos no seio dos grupos, quer em relação às suas normas de condutas. Por sua vez, os fenômenos demográficos também têm exercido alguma influência sobre o comportamento dos jovens, assim como o progresso de algumas ciências como a antropologia, a sociologia, a biologia e a psicologia que têm contribuído para o estudo do adolescente integrado no seu meio sociocultural. Ela apresenta características especiais em função das épocas em que vive, do ambiente cultural, social e econômico. Cada geração é sempre confrontada com os problemas sociais da sua época (BRACONNIER; MARCELLI, 2000).

Segundo Andalaft (2003), a adolescência representa a fase da vida caracterizada por marcantes transformações biopsicoemocionais; momentos de relações do indivíduo com ele mesmo, com a família e com o grupo com o qual está inserido. As modificações que aparecem nesta fase, como desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, alterações das formas corporais, e expressivo crescimento, são responsáveis pelas atitudes desafiantes, assinalando o adolescente como um ser em desenvolvimento e em conflito.

A adolescência é um período de mudança e transição, que afeta os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais. É nomeado como um momento do processo de crescimento e desenvolvimento humano, em que observamos rápidas e substanciais mudanças na vida e nos corpos infantis. De acordo com Mandu (2008, p.2), o *adolescere* abrange:

...acentuado crescimento pândero-estatural e o surgimento de novas formas físicas e estéticas; transformações no funcionamento orgânico - sobretudo no sexual e reprodutivo; construção de novas relações intersubjetivas; manifestações peculiares de novos sentimentos, modos de pensar e se comportar- refletindo novas identidades e inserções no mundo interno e externo à família.

O Ministério da Saúde como a OMS, descreve adolescência como um período de vida caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais cuja faixa etária é compreendida entre dez e 19 anos. Enquanto que o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescente o sujeito na faixa etária de 12 a 18 anos. Existindo uma diferença nas idades adotadas pela legislação brasileira e a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2005a).

Mediante Costa et al. (2003), a adolescência corresponde ao período da vida no qual o indivíduo perde direitos e regalias de criança adquirindo encargos e direitos de adulto, momento em que a sociedade e o grupo de iguais desempenham importante papel para o seu desenvolvimento sexual, sendo a família o mais importante centro de mediação sócio-afetiva.

O crescimento físico é responsável por dúvidas, ansiedade e vontades, que vão surgindo com as modificações do corpo. Essas alterações atuam desencadeando a instabilidade da autoestima, gerando medo, angústia, conflito e vergonha. A necessidade de autoafirmação gera

comportamento impulsivo, rebelde, crítico arrogante e desafio à autoridade dos pais; tudo isto pode acontecer em consequência da falta de informações sobre estas transformações (BRASIL, 2005a).

Paulilo e Bello (2008) enfatizam que adolescentes são naturalmente vulneráveis pelas características intrínsecas à idade. Entre estas características, estão

...mudanças físicas, descobertas e oportunidades que se apresentam, conflito diante da construção da identidade, momento de transitoriedade marcado pelo fato de não ser mais criança, mas ainda não ser adulto e sentimento de invulnerabilidade perante à morte.

Segundo o mesmo autor, estas situações assumem, ainda, diferentes configurações quando contrastadas com as condições sociais, econômicas e culturais vivenciadas pelos jovens, e que o espaço onde os adolescentes estão inseridos é determinado, pelo acesso a políticas públicas de lazer, educação, projetos socioeducativos, valores religiosos e familiares socializados, pela mídia, pela condição econômica de seus responsáveis e pelo contexto social que permite ao jovem maior ou menor suscetibilidade aos riscos (PAULILO; BELLO, 2008).

As transformações que emergem na adolescência ocorrem em virtude da incessante busca por autonomia perante os pais, pois o mundo social do adolescente começa a se alargar, à medida que deixa de ser criança e passa a conviver com outros grupos sociais, os quais lhe apresentam outras formas de viver. Este pensamento reafirma-se, quando Guimarães et al. (2004) consideram que uma das principais tarefas da adolescência é a conquista da identidade, pois é a partir desta que o indivíduo constrói uma consciência de si mesmo como “ser no mundo”.

Franco, (2009), destacam que os adolescentes, despertam para outros interesses, como atitude social reivindicatória, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, possibilidade reprodutiva e sexual, elaboração de projetos de carreira e de valores e a própria conquista de uma identidade positiva.

Em relação às práticas de convívio e prazer sexual os jovens criaram o “ficar”. O termo entre os adolescentes significa não ficar, não ter compromisso com o amanhã, não criar

vínculos definitivos, sem compromissos, com relacionamentos íntimos, incitados pela libido, infringindo as normas sociais e levando à iniciação da vida sexual ativa. É, pois não ficando quando ficam, que eles ensaiam, descobrem, experimentam, conhecem sensações sem os pudores de outras gerações. O “ficar” para a maioria dos jovens é um pacto informal, e que pode ir de um simples fazer companhia, com ou sem troca de carícias, até mesmo o ato sexual. (TIBA, 1997).

Dentre os comportamentos de risco ocorridos na adolescência têm-se os relacionados à atividade sexual, a qual esta se iniciando cada vez mais cedo. Estudos feitos no Brasil mostram que as meninas estão começando a ter relações sexuais aos 14 anos de idade, em média, enquanto os meninos começam aos 13 anos, é o que revela dados do Ministério da Saúde (2008a). Pesquisas constata também a existência de desinformação por parte dos adolescentes a respeito da fisiologia da reprodução e das consequências das relações sexuais, o que acaba expondo esses jovens a riscos referentes à concepção e as DST.

Os fatores que têm contribuído para aumentar a incidência de relações sexuais entre adolescentes são múltiplos e complexos, sendo difícil avaliar a importância de cada um deles (TIBA, 1997), e as consequências da baixa idade da sexarca feminina podem ser observadas, por exemplo, no rejuvenescimento do processo reprodutivo no Brasil cuja taxa de fecundidade entre as mais jovens aumentou de 17% para 23% nos últimos 10 anos (BRASIL, 2006a) e na feminização da AIDS, mais intensa entre 13 e 19 anos, onde já houve inversão da proporção de casos entre homem x mulher (BRASIL, 2008e).

Associado ao início sexual precoce está a alta incidência de DST, conseqüente a vários fatores, como a multiplicidade de parceiros sexuais, baixa adesão ao uso do preservativo, consumo de bebida alcoólica e drogas lícitas e ilícitas. Ante tais situações, o adolescente não prevê consequências, e alguns elementos influenciam esta prática: a credibilidade da invulnerabilidade, a insegurança sexual, a interferência da mídia, a desinformação, e a deficiência na educação sexual (MURPHY et al., 2001). Além desses fatores estão às dificuldades de acesso à rede de saúde e a informação, o não tratamento, tratamento inadequado ou descontinuado, os quais são determinantes para eleger os adolescentes como grupo de risco. (ISOLANN et al., 2001)

Taquette (2004b), afirma que muitos jovens ainda vivenciam sua vida sexual sem o uso de preservativos, mesmo sabendo que o uso de condon evita doenças. Segundo Pirotta (2004), mesmo com o conhecimento da importância do uso do condon, há uma tendência a não usá-lo, mostrando que existe uma lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo do preservativo. Segundo Ministério da Saúde (2008), o uso da camisinha entre jovens de 15 a 24 anos é mais frequente nos meninos, tornando as meninas mais vulneráveis ao HIV. Em todas as situações, eles usam mais o preservativo do que elas. Na última relação sexual com parceiro casual, por exemplo, o percentual de uso da camisinha entre as meninas é consideravelmente mais baixo (49,7%) do que entre os meninos (76,8%). Quando o relacionamento se torna fixo, apenas 25,1% delas utilizam a camisinha com regularidade e entre eles, o percentual é de 36,4% (BRASIL, 2008a).

As representações dos adolescentes quanto à iniciação sexual, de acordo com Asinelli-luz e Fernandes Junior (2008), são marcadas por questões de gênero, onde, por vezes, o feminino entrelaça a sexualidade à afetividade e a um momento planejado; e o masculino ao prazer e ao momento inesperado. Tal percepção repercute no sentido do uso do preservativo que faz, por vezes, as adolescentes femininas se absterem do uso por conta da fidelidade depositada no parceiro, e nos adolescentes masculinos à existência de um entendimento de que o uso seria ponto de corte no prazer sexual, devido à falsa crença de que o preservativo diminui o prazer da relação.

Muitas adolescentes ainda se contaminam por acreditarem no mito de um amor poético, onde a relação sem preservativo significa total confiança no parceiro. (TAQUETTE, 2004a). Enquanto os rapazes fazem mais sexo e conversam mais sobre este assunto, as moças valorizam mais o amor, conversam sobre fidelidade, filhos e contracepção. Elas são menos ativas sexualmente e se sentem menos capazes de negociar práticas sexuais. (ANTUNES, 2002).

Segundo a OMS, aproximadamente um terço da população mundial encontra-se na faixa etária entre 10 e 24 anos e é nesta faixa de idade que se concentra metade das infecções por *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). A maioria dos jovens torna-se sexualmente ativos na adolescência e muitos antes dos 15 anos de idade. No Brasil, estima-se que, anualmente, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos. (BRASIL, 2006c).

O primeiro caso de AIDS em jovens brasileiros foi notificado em 1982, atingindo o número de 10.337 casos entre jovens de 13 e 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006 e o possível atraso de notificações e dificuldade de acesso do adolescente à testagem. A partir de 1998 houve inversão da razão de sexo dos casos de AIDS nesta faixa etária, passando a predominar o sexo feminino com taxa de incidência de seis homens para cada dez mulheres. (SALDANHA et al. 2008, p. 35). A inversão apresenta-se desde 1998, com oito casos em meninos para cada 10 casos em meninas. Do total de casos de AIDS em jovens até junho de 2009, 5.959 (50,6%) foram diagnosticados em meninos e 5.827 casos (49,4%) em meninas (BRASIL, 2010).

Nos últimos anos, com o surgimento da AIDS e sua relação com sofrimento, tristeza e sentimento de culpa, tem ocorrido uma grande preocupação da sociedade em geral e dos profissionais de saúde e educação quanto às conseqüências do exercício da sexualidade por jovens que, pelas próprias características da idade, não são capazes de assumir os riscos de uma vida sexual ativa, podendo apresentar uma gravidez indesejada ou DST/AIDS, tornando necessário conhecer melhor o que os adolescentes pensam, sua realidade, mitos e tabus com respeito a sua sexualidade para que se possa abordá-la de modo a contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento sexual saudável.

### **3.2 Vulnerabilidade**

O conceito de vulnerabilidade “designava originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.” (AYRES et al., 1999, p. 51). Segundo os autores, dois fatos desencadearam mais fortemente a penetração do conceito no campo da saúde: a publicação em 1992, nos Estados Unidos, do livro *AIDS in the World*, de autoria de Jonathan Mann, Daniel J. M. Tarantola e Thomas W. Netter; e os trabalhos no âmbito da Escola de Saúde Pública de Harvard, com 25 destaques referentes à elaboração, no início dos anos 90, de um diagnóstico das tendências mundiais da epidemia, valendo-se do conceito da vulnerabilidade para a referida análise.

Mann et al. (1992), desenvolveram o conceito de vulnerabilidade, estabelecendo padrões de referência para avaliar a exposição à infecção pelo HIV, definidos por três dimensões interdependentes: dimensão individual (cognitiva e comportamento pessoal), social (contexto social) e programática (ou institucional). Inicialmente estas dimensões eram avaliadas por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam que a possibilidade de infecção estaria vinculada aos índices de baixa, média e alta vulnerabilidade (SOUZA, 2001).

Segundo Ministério da Saúde, vulnerabilidade é entendida como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco de proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condições ou dano. A falta de acesso a ações e serviços de saúde e educação é considerada um fator programático de ampliação da vulnerabilidade (BRASIL, 1999).

Ayres (1999) determina como vulnerabilidade a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recolocam na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade forneça elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

O modelo de análise de vulnerabilidade proposto por Ayres (1999) foi criado inicialmente para contribuir para o enfrentamento da epidemia de AIDS mediante três planos interdependentes de determinação para apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Muñoz Sánchez e Bertolozzi (2006) descreverem que o modelo de análise proposto por Ayres (1999) exprimem a necessidade de compreensão da vulnerabilidade em três planos: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática, e que cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da AIDS.

O referencial teórico-prático da vulnerabilidade ao HIV em seus componentes individual, social e programático (AYRES et al., 2003) , legitima-se, progressivamente, no

campo da saúde pública, tanto no âmbito da pesquisa como da intervenção, destacando-se como relevante ao enfrentamento resolutivo da epidemia da AIDS, pois para o autor, o conceito da vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor à AIDS, mas a influência de cada dimensão da vulnerabilidade na contaminação pelo HIV.

Com base na periodização de Mann e Tarantola (1996) sobre as fases da epidemia da AIDS Ayres et al. (1999) reconstituem a trajetória da noção de risco para a vulnerabilidade, bem como seu significado teórico e prático para a saúde pública. Simultaneamente à importância do estudo dos fatores de risco pela epidemiologia na década de 80, essa terminologia sofreu drásticas distorções na grande mídia, de modo que emergiram idéias como grupo de risco e comportamento de risco. As primeiras respostas programáticas à epidemia foram marcadas pela ênfase na culpabilização individual, ou seja, a responsabilidade por contrair o vírus era prioritariamente individual, daqueles que tinham práticas “arriscadas” e que, por sua vez, deveriam ser “orientados” para que, também individualmente, reduzissem seus comportamentos de risco.

Conforme Mann Tarantola e Netter (1993), a vulnerabilidade no plano individual encontra-se as condições de ordem cognitiva, ou seja, grau de informação, conscientização e idéias/crenças acerca do enfrentamento do problema, bem como aspectos da história de vida e da singularidade dos indivíduos; no plano social estão as condições contextuais dos sujeitos que os colocam em condições de menor ou maior poder de negociação e de acesso a um conjunto de bens e condições relacionadas ao exercício dos direitos. Diz respeito, por exemplo, ao acesso à saúde, educação, trabalho, recursos materiais, bem como o exercício em maior ou menor grau da liberdade e da autonomia (conforme o gênero, classe social, etnia, orientação sexual, geração, etc.), contrapostas às vivências de coerções e violências diversas. Por fim, no plano programático, encontram-se as condições que remetem aos compromissos e esforços programáticos, locais e globais, de cidades, estados e países acerca dos recursos das mais diversas ordens que devem ser engendrados para as ações que promovam, protejam e garantam os direitos; no caso do direito à saúde, por exemplo, os recursos múltiplos necessários à prevenção e ao cuidado.

A vulnerabilidade individual ou pessoal está diretamente ligada aos comportamentos de risco que favorecem a infecção ou o adoecimento. Esta dimensão depende de vários fatores como o grau de consciência dos danos inerentes ao agravo, o grau e a qualidade da informação

veiculada, a capacidade de elaboração e incorporação dessas informações e as possibilidades concretas de transformação de suas práticas cotidianas. (AYRES, et al, 1999).

Fatores psíquicos, sociais e biológicos predisõem o adolescente às DST. Psiquicamente, jovens entre 13 e 18 anos estão em busca de uma identidade própria. Os adolescentes experimentam nessa fase da vida um sentimento de invulnerabilidade. Há entre os rapazes um mito a respeito do desempenho sexual, além da necessidade de comprovar a sua masculinidade, que acreditam estar diretamente relacionada à virilidade e força. Neste processo de crescimento tendem a valorizar novas experiências em detrimento da reflexão e da percepção dos riscos que elas trazem, tornando esses jovens mais vulneráveis à infecção. (PIROTTA, 2004).

O modelo ideológico que representa a AIDS como uma “doença do outro”, possivelmente, ligada a um “grupo de risco”, aumenta a vulnerabilidade individual, levando muitas pessoas a não se sentirem vulneráveis à infecção, preterindo a prática de sexo seguro e perdendo o interesse por informações pertinentes. (PAULIO, JEOLÁS, 2005).

A vulnerabilidade social avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições. Deve fazer parte deste nível o acesso aos serviços de saúde, as questões de gênero e a estrutura sócio-política. Para desenvolvimento deste nível seriam necessárias ações nas unidades de saúde da família e na comunidade, criação de uma cultura de prevenção que vá além da doença e ações que diminuam as desigualdades de gênero, educacionais, sociais e econômicas. (AYRES et al.,1999).

A vulnerabilidade social tem ligação direta com a possibilidade de intervir nas instâncias de tomada de decisão. Está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, podendo ser entendida como um reflexo das condições de bem-estar social (moradia, acesso aos bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão). Para mensurar suas dimensões fazem-se necessários conhecer a situação de vida das coletividades, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão (VALADÃO, 2008).

A progressiva ênfase em direção aos Direitos Humanos, intrínsecos ao plano social da vulnerabilidade e, portanto, se constituindo enquanto meio para o enfrentamento da epidemia nas diferentes regiões do mundo, é defendida pelo seu potencial de maior objetividade e principalmente, pela “vantagem de vincular o problema da AIDS às suas raízes sociais mais profundas” (AYRES et al., 1999, p. 61).

Apesar de reconhecer a importância de magnitudes distintas dos aspectos individuais, não se pode deixar de ressaltar o impacto da influência dos fatores sociais na determinação da probabilidade de infecção pelo HIV. Consideram-se relevantes, na dimensão social da vulnerabilidade, a situação socioeconômica, as relações de gênero e as relações geracionais, os valores culturais e qualquer outro que influencie o acesso às condições capazes de reduzir a vulnerabilidade( SILVA, PAIVA, 2006).

Compreender os desafios programáticos que se colocam à rede básica de saúde de um município, no campo da saúde sexual e reprodutiva de um segmento populacional como a juventude requer análises das condições existências de vida e, portanto, do acesso (ou não) desta população a um conjunto de serviços a que tem direito enquanto cidadãos. Como afirmam Ayres et al. (1999, p. 59):

O plano programático da vulnerabilidade é importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e social; ele é um caminho concreto de construção de *empowerment*, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalisador /amplificador das necessidades e contradições socialmente postas.

Vulnerabilidade programática, que se constitui na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais

existentes na área de abrangência do serviço de saúde. A avaliação deste indicador deve se referir os programas específicos para adolescentes. (AYRES et al., 1999).

Segundo Valadão (2008), a mudança de comportamento não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, tendo conhecimentos e comportamentos, significados e repercussões diferenciadas na vida dos indivíduos, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa “é vulnerável”, pode-se apenas dizer que uma pessoa “está vulnerável” a um determinado problema, em um determinado momento de sua vida.

Assim, pode-se afirmar que a vulnerabilidade individual traz em seu ínterim, íntima ligação com as vulnerabilidades programáticas e sociais, haja vista a influência que o sistema como um todo exerce sobre cada indivíduo, estando associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES et al., 2003).

Takahashi (2006) desenvolveu “marcadores de vulnerabilidade” a partir dos estudos que abordavam a temática “vulnerabilidade”, na tentativa de adequar estratégias que permitissem a superação de restrição conferida pela magnitude conceitual de vulnerabilidade.

Os marcadores seguem uma sistematização com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua inter-relação. Assim, os marcadores de dimensão individual são: “conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença”, “características pessoais e relacionais”, “impacto do diagnóstico”, “recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento)” e “modo de enfrentamento (práticas e comportamento)”. Os marcadores da dimensão programática são: “estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde” e “operacionalização das ações”. (Já os marcadores da dimensão social estão relacionados às “condições materiais de existência do indivíduo”, ao “aparato jurídico- político”, às “organizações sociais, governamentais ou não”, à “ideologia e cultura das populações” (VIANA, 2009).

A análise da vulnerabilidade permite analisar e entender as diferenças individuais e grupais além de compreender como cada um vivencia e enfrenta o processo saúde-doença. Assim sendo, a construção de marcadores é empregada para analisar as condições de vida e saúde da população e para auxiliar na intervenção orientada para os determinantes do estado de vulnerabilidade (NICHATA et al., 2008).

Com base nesses conceitos é possível inferir que as ações baseadas no conceito de risco que valorizam as informações e as mudanças de comportamentos individuais não são suficientes para conter a epidemia da AIDS. É necessário conhecer quais vulnerabilidades estão implicadas no processo saúde - doença do indivíduo, para identificar suas necessidades e desenvolver meios que lhe favoreça maior proteção.

### **3.3 Promoção da saúde do adolescente na escola**

A definição de promoção da saúde desde que foi concebida como uma tarefa da Medicina, por Henry Sigerist, vem evoluindo conceitualmente, marcado pela concepção de saúde, diversificação das políticas e práticas de promoção. Com o surgimento da medicina preventiva, a promoção da saúde era entendida como um conjunto de atividades. Posteriormente, passou a ser considerada como as ações que mudam os estilos de vidas dos grupos populacionais, diante dos riscos a que estão expostos, mediante as escolhas comportamentais (TEIXEIRA, 2006).

Buss (2003) enfatiza que o conceito de promoção da saúde além de estar associado à vida, saúde, desenvolvimento, participação e cidadania, refere-se também a um conjunto de estratégias: políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde, ou seja, trabalha com a idéia de responsabilidade múltipla, onde deverá estar presente o Estado, comunidade, indivíduo, sistema de saúde e as parcerias intersetoriais.

Seguindo as recomendações internacionais, a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, proposta pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo geral, “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados a seus determinantes e condicionantes, como o modo de viver, as condições de habitação, de trabalho, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006b, p13).

O Ministério da Saúde, por meio da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, tem se dedicado à elaboração de políticas nacionais integradas, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, de forma a garantir uma atenção integral à saúde desta população; atualmente estimada em 54 milhões de cidadãos brasileiros, na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade (BRASIL, 2006a).

O direito à saúde da juventude é consagrado como um dos direitos humanos básicos, tanto no âmbito internacional, pela Organização das Nações Unidas, como nacional, por meio da Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Dessa forma, cabe ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (PIROTTA, 1999).

A Promoção à Saúde constitui uma perspectiva para as ações destinadas a melhoria da qualidade de vida das populações, mas para que as ações de promoção à saúde sejam implementadas, é necessário conhecer a população em foco, que na maioria das vezes, manifesta características próprias, como é o caso dos adolescentes.

Nas últimas décadas, a percepção sobre o conceito e a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem mudado. Na década de 80, a crítica do setor de Educação em relação ao setor saúde era de que este não utilizava a escola como uma aliada e parceira. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2006b).

Assim, a promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde

mundo afora. Durante os anos de 90, a OMS, desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competências em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculos e parcerias com a comunidade de abrangência, o que inclui os serviços de saúde comunitários, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2006b).

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde preventiva e de educação para a saúde. O programa Mais Saúde: Direitos de todos, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2008, é um exemplo disso (BRASIL, 2008b).

Esse programa busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema único de Saúde (SUS), no período de 2008-2011, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas, que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade. Nesse sentido, o primeiro eixo de ações estratégicas do Programa Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais que possuam alta complementaridade e sinergia focadas, especialmente, nos municípios e, neles, nas escolas e nos ambientes de trabalho. (BRASIL, 2008b).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada pelo IBGE, em 2008, o Brasil tinha 17,5 milhões de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos e outros 17,0 milhões na faixa etária de 15 e 19 anos e a grande maioria destes adolescentes freqüentava a escola, 97,9% e 84,1% para as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 17 anos, respectivamente. Deste modo, a escola se constitui em um espaço privilegiado para implementação de políticas públicas, especialmente de saúde, para indivíduos desta faixa etária.

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007( BRASIL, 2007b), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde , com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes de rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção , promoção e

atenção à saúde, e que pretende alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de 2008 a 2011. (BRASIL, 2008c).

Os principais eixos deste Programa são: Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; Articular as ações da rede pública de Saúde com as ações da rede pública de Educação Básicas, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educadores; Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando troca de informações sobre as condições de saúde dos adolescentes; Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2008c).

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para construir, junto com a Educação básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2008c).

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSF e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde podendo compreender, entre outras: Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da mortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool; Prevenção do uso de drogas; Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; Controle de tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto pedagógico das escolas (BRASIL, 2008c).

Entre os desafios mais importantes das ações de promoção da saúde na escola estão: A integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; A

instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para apoiar e fortalecer as iniciativas; A identificação e a vigilância de práticas de risco; O monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2006b).

Na Portaria nº 1.861/2008, publicada no Diário Oficial da União, seção 1, quarta – feira, 24 de setembro, o Ministro da Saúde define os critérios para adesão dos municípios ao PSE: Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por equipes do Saúde da Família, e priorizados pelo Programa Mais Educação. Os alvos do PSE para 2008 eram as escolas públicas de 646 municípios que apresentaram os menores IDEB, nos anos iniciais do ensino fundamental, e 54 municípios que reúnem 1.409 escolas atendidas pelo Programa Mais Educação. (BRASIL, 2008d)

O programa Mais Educação instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e pelo Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010, integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), como uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral para as escolas dos territórios prioritários, fomentando atividades organizadas nos seguintes Macrocâmpus: Meio Ambiente; Esporte e Lazer; Direitos Humanos; Cultura e Artes; Promoção da Saúde; Comunicação e uso de Mídias e Educação Econômica. (BRASIL, 2010a).

No ano de 2008, para início de 2009, o PSE obteve um percentual de adesão de 86,73%, o que corresponde a um total de 608 municípios entre os 700 que estavam dentro dos critérios definidos pela Portaria GM nº 1.861, de 5 setembro de 2008, contando com a participação de 4.740 equipes de Saúde da Família (ESF) envolvidas na realização das ações programadas. Em 2009, com a publicação da portaria para novas adesões, a expectativa era de 689 novos municípios, com 4.465 ESF atuando junto ao PSE. Somando-se esses municípios com os que aderiram em 2008, passaram a um total de 1.297 municípios com 9.205 ESF atuando no PSE no ano de 2010 (BRASIL, 2009).

Na perspectiva de concretizar ações de promoção à saúde dos adolescentes, os Ministérios da Saúde e Educação, lançam o Projeto Saúde na Escola, em uma ação intersetorial. A relevância deste projeto está no público a ser atingido, visto o contingente populacional na faixa etária jovem dentro da população brasileira, estando contido aí os adolescentes expostos a situações de risco e relações de vulnerabilidade de caráter estrutural a serem superadas. (BRASIL, 2006b).

Diante dos pressupostos para o desenvolvimento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, o Ministério da Saúde considera que fatores externos influenciam o modo como adolescentes pensam e se comportam; tendo em vista o meio em que vivem os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político. Por outro lado, existem as necessidades dos adolescentes que são importantes para o seu desenvolvimento, como - acesso à educação formal, aos serviços de saúde, às atividades recreativas, o desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho. (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de DST/AIDS tem proposto a integração das ações de prevenção às DST/AIDS na rede básica de saúde com parte da política de descentralização do SUS. Ou seja, há um caminho a ser percorrido para integrar dois mundos, ainda distantes: O “mundo das diretrizes, dos documentos norteadores” e o “mundo real” dos processos de trabalho, de modo a fortalecer os programas de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva na rede básica. (PAIVA et. al., 2006).

Costa (2000) refere que a formação da identidade e da personalidade do adolescente acontece com o aprendizado e interiorização de novos saberes e normas, adquiridos no convívio familiar, como também de novos grupos que vão se somando no seu cotidiano. Daí então a necessidade de apoiar os adolescentes por meio dos programas de cunho educativo que venham a auxiliar na sua formação, prevenindo situações que possam torná-los vulneráveis às condutas e comportamentos de risco.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa.

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo do tipo exploratório, conforme Leopardi (2002) permite ao investigador criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno a partir de uma hipótese e com isto obter subsídios para apresentar sugestões ou intervenções, e não somente obter informações.

A pesquisa descritiva descreve fenômenos, busca descobrir a frequência com que um fato ocorre, natureza, suas características, causas, relações com outros fatos. Classifica e interpreta os fatos. Não há interferência do pesquisador, cabendo-lhe somente descrever e analisar o objeto da pesquisa. Descreve a situação no momento em que ocorre a investigação e estabelece relação entre as variáveis. (BASTOS, 2005).

A abordagem quantitativa é usada em população grande, buscando-se um critério de representatividade numérica, traduzindo um significado atribuído à grandeza com que o fenômeno se manifesta. As técnicas empregadas na coleta de dados buscam valores médios e não particularidades do indivíduo. O resultado refere-se às características do grupo pesquisado e não de cada indivíduo. As conclusões expressam-se em termos de probabilidades e não de certezas. (BASTOS, 2005).

## 4.2 Local e período do estudo

Este estudo foi realizado em 17 Escolas Públicas Municipais do Ensino Fundamental contempladas com o PSE, no município de Maracanaú, Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará, Nordeste do Brasil.

As escolas onde foram desenvolvidas as pesquisas estão distribuídas em 14 bairros e são utilizadas como equipamentos sociais para 14 equipes da Estratégia Saúde da Família. Todas funcionam nos turnos da manhã e tarde, e os alunos que participam do PSE permanecem tempo integral, pois as ações extracurriculares acontecem no turno em que os alunos não estejam em sala de aula.

Os meses de agosto e setembro de 2011 foi o período destinado á aplicação do instrumento de coleta de dados.

Quadro 1: Relação das escolas públicas e unidades de saúde participantes da pesquisa. Maracanaú-CE

ESCOLAS	UNIDADES DE SAÚDE
Ana Beatriz	João Pereira de Andrade I
Braz Ribeiro da Silva	João Pereira de Andrade II
Construindo o Saber	Elias Boutala
Evandro Ayres de Moura	Jardim Bandeirante
Francisco Barbosa	João Pereira de Andrade II
Herbert de Sousa	Carlos Antônio
João Magalhaes de Oliveira	Tenente Ivaldo Silva
José de Borba	Almir Dutra

Jari	Jari
Maria Rochelle	Cidade Nova
Manuel Moreira Lim	Tenente Ivaldo Silva
Noberto Alves	Vicente Severino
Rui Barbosa	Piratinga
Sta Edwirges	Assad Bardawil
São José	Piratinga
Tancredo Neves	Aparício Bezerra
Vinícios de Morais	Fernandes Távora

### 4.3 População e amostra

A população do estudo abrangeu todos os adolescentes de ambos os sexos, estudantes devidamente matriculados nas 17 Escolas Públicas do Ensino Fundamental de Maracanaú – CE, ligadas ao PSE, num total de 1.705 adolescentes, segundo dados referentes ao ano de 2010 da Secretaria Municipal de Educação de Maracanaú.

Para o cálculo do tamanho da amostra fixou-se  $P$  em 50%, haja vista que esse valor implica em tamanho máximo de amostra, nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) e erro amostral relativo de 9,4% (erro amostral absoluto = 5%). Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas ( $N=1.705$ ), proporcionaram uma amostra de tamanho  $n=314$  adolescentes.

Para eventuais perdas de questionários ou informações, acrescentou-se à amostra 30% resultando em n=408. Haja vista que cada escola possuía aproximadamente 100 alunos que participavam do PSE, então foram escolhidos 24 estudantes de cada escola, selecionando aleatoriamente 5 à 6 alunos de cada série do Ensino Fundamental.

$$n = \frac{t^2_{5\%} \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + t^2_{5\%} \times P \times Q}$$

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Adolescentes entre 10 a 19 anos de ambos os sexos, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado, inclusive pelos pais ou responsável legal.

Adolescentes regularmente matriculados e participantes do PSE, freqüentando a escola e presente no momento da coleta de dados.

## 4.4 Coleta dos dados

### 4.4.1 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário semi-estruturado e auto aplicado, com múltipla escolha contendo perguntas fechadas, baseado na Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar (PENSE) (ANEXO I) realizada pelo IBGE e na Pesquisa do Projeto Mobilização dos Adolescentes do

Ensino Médio para prevenção da infecção pelo HIV e da Aids do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (ANEXO II) acrescido de outras perguntas que possibilitaram a identificação dos objetivos propostos. (APÊNDICE A).

Foi realizado estudo piloto em um grupo de adolescente com o objetivo de avaliar a compreensão das expressões e adequação de necessidades. Esta experiência resultou em mudanças no instrumento, pois surgiram dúvidas em algumas questões, mostrando-nos à necessidade de explicá-las durante a aplicação do questionário.

#### 4.4.2 Procedimento para coleta de dados

Para realização da pesquisa, foi feito contato formal por meio de ofício com o Secretário de Educação do município de Maracanaú, e após autorização, estabeleceu-se contato com as direções das escolas, a fim de esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e o caráter facultativo da participação dos adolescentes. Nesta oportunidade, solicitamos aos professores a compreensão e apoio para aplicação dos questionários em sala de aula.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e a seleção dos participantes deu-se de forma aleatória. A técnica da coleta de dados aplicada nesse estudo foi um sorteio utilizando os números dos alunos listados nas cadernetas ou diários de classe com identificação posterior do nome correspondente.

Durante a seleção dos participantes, quando por ocasião do sorteio, o adolescente não estava presente em sala de aula, automaticamente um novo número era sorteado.

Durante a coleta de dados, 60 adolescentes recusaram ou não obtiveram consentimento dos pais para participar da pesquisa, resultando em novos sorteios para substituição dos participantes da pesquisa a fim de alcançar os valores do plano amostral. A maior parcela de recusa foi entre adolescentes de 10 e 11 anos, devido ao não assentimento dos pais para participação na pesquisa.

Os adolescentes maiores de idade assinaram o TCLE, e os menores de 18 anos levaram para casa, para que os pais ou responsáveis autorizassem a participação na pesquisa, devolvendo no dia seguinte à coordenação da escola.

Os alunos sorteados quando de posse do TCLE eram encaminhados a outro espaço fora da sala de aula acompanhados da pesquisadora, efetuando a devolução dos questionários ao final do auto preenchimento.

#### 4.5 Variáveis do estudo

As variáveis foram agrupadas de acordo com: i) características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde; ii) conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV; iii) acesso de informações e serviços em DST/aids; iv) características da vida sexual entre adolescentes:

Quadro 2: Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde entre adolescentes

Variável	Categorias	Tipo de variável
Faixa etária	10-11 anos; 12-13 anos; 14-15 anos; 16-17 anos; 18-19 anos	Quantitativa contínua
Raça/cor	Branca/negra/parda/indígena	Categórica nominal
Escolaridade em anos de estudo	4-6anos; 7-8 anos; 9 anos de estudo	Quantitativa discreta
Estado civil	Solteiro; Casado/união estável	Categórica nominal
Religião	Católica; Evangélica; nenhuma; outra	Categórica nominal
Trabalho	Sim; não	Categórica nominal
Estrutura familiar	Nuclear; pai ou mãe e irmãos; outros	Categórica nominal
Renda familiar ( em salários mínimos)	Até 1 salário; 2; 3; 4 ou mais salários	Quantitativa discreta
Escolaridade da mãe	Nenhuma; Fundamental incompleto /completo; Médio incompleto/completo; Superior completo/incompleto	Quantitativa discreta

Quadro 2 (Cont): Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde entre adolescentes

Variável	Categorias	Tipo de variável
Escolaridade do pai	Nenhuma; Fundamental incompleto / completo; Médio incompleto/completo; Superior completo/incompleto	Quantitativa discreta
Participação em grupo social	Sim; não	Catagórica nominal
Vínculo familiar com Unidade de Saúde	Sim; não; não sabe	Catagórica nominal

Quadro 3: Conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV entre adolescentes

Variável	Categorias	Tipo de variável
Sabe o que é aids	Sim; não	Catagórica nominal
Sabe sobre a transmissão das DST/aids	Sim; não	Catagórica nominal
Sabe sobre uso do preservativo na prevenção das DST/aids	Sim; não	Catagórica nominal
Exposição de contrair HIV por via sexual	Usa preservativo em todas as relações; Usa preservativo em algumas relações; Sem inicio da vida sexual	Catagórica nominal
Exposição ao HIV por uso de drogas	Sim; não	Catagórica nominal

Quadro 4: Acesso de informações e serviços em DST/aids entre adolescentes

Variável	Categorias	Tipo de variável
Escola oferece orientação em DST/aids	Sim; não	Catagórica nominal
Unidade de Saúde oferece orientação em DST/aids	Sim; não	Catagórica nominal
Conversa sobre DST/aids com amigos da mesma idade	Sim; não	Catagórica nominal
Conversa sobre DST/aids com profissional de saúde	Sim; não	Catagórica nominal

Quadro 4 (Cont.): Acesso de informações e serviços em DST/aids entre adolescentes

Variável	Categorias	Tipo de variável
Conversa sobre DST/aids com família	Sim; não	Catégorica nominal
Conversa sobre DST/aids com professor	Sim; não	Catégorica nominal
Não conversa sobre DST/aids	Sim; não	Catégorica nominal
Procura unidade para prevenção ou tratamento de DST/aids	Sim; não	Catégorica nominal
Sabe onde fazer teste de HIV	Sim; não	Catégorica nominal

Quadro 5: Características da vida sexual entre adolescentes

Variável	Categorias	Tipo de variável
Idade de início da relação Sexual	10-11 anos; 12-13 anos; 14-15 anos; 16-17 anos; 18-19 anos	Quantitativa contínua
Relação sexual com quantas pessoas diferentes	1; 2-3; 4-5; 6-10	Quantitativa discreta
Exposição à situação de risco	Alguma relação sexual sem preservativo; todas as relações sexuais com preservativo	Catégorica nominal
Contraíram DST	Sim; não	Catégorica nominal
Dificuldades em conseguir preservativo	Nunca tem, mas não perde a relação; Não consegue ou consegue às vezes; Compra na farmácia ou supermercado; Consegue posto de saúde, casa ou escola; Meu parceiro cuida disso	Catégorica nominal
Sobre o uso do preservativo	Acha fácil colocar; Não sabe usar; Pode ser usada com prazer; Diminui o prazer; Não precisa ser usada com quem ama/confia; Serve para evitar filhos/DST/aids	Catégorica nominal

Apoiados no modelo de análise de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (1999), os fatores analisados nessa pesquisa relacionados às vulnerabilidades individual, social e institucional estão apresentados no Quadro 6. Os fatores relacionados em cada um componente da classificação de vulnerabilidade foram analisados em relação ao sexo dos adolescentes.

Em relação à vulnerabilidade individual, os fatores considerados nesse estudo foram: sexo, religião, conhecimento sobre aids, conhecimento sobre a transmissão das DST/HIV, práticas de sexo seguro, exposição à DST/aids, não conversa sobre DST/aids, uso de drogas, início de vida sexual.

Sobre o componente social da vulnerabilidade, foram estabelecidos os seguintes fatores: raça/cor, estado civil, renda familiar, escolaridade dos pais, participação em grupo social, conversa com amigos e família sobre DST/aids.

A respeito do componente institucional, foram considerados: estabelecimento de vínculo familiar com a unidade de saúde, recebe orientações através da escola e/ou através do serviço de saúde, conversa sobre DST/aids com professor e/ou com profissional de saúde, procura da unidade de saúde para prevenção ou tratamento de DST/aids, sabe onde fazer o teste de HIV.

Quadro 6: Fatores para identificação de vulnerabilidade individual, social e institucional entre adolescentes

Vulnerabilidade individual	Vulnerabilidade social	Vulnerabilidade institucional
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sexo</li> <li>❖ Faixa etária</li> <li>❖ Religião</li> <li>❖ Falta do conhecimento sobre aids e transmissão</li> <li>❖ Práticas de sexo inseguro</li> <li>❖ Exposição à DST/HIV/aids</li> <li>❖ Não conversa sobre DST/aids</li> <li>❖ Uso de drogas</li> <li>❖ Início precoce de vida sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Raça/cor</li> <li>❖ Estado civil</li> <li>❖ Renda familiar</li> <li>❖ Escolaridade dos pais</li> <li>❖ Participação em grupo social</li> <li>❖ Conversa com amigos e família sobre DST/aids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Vínculo familiar com a unidade de saúde</li> <li>❖ Recebe orientações através da escola e/ou através do serviço de saúde</li> <li>❖ Conversa sobre DST/aids com professor e/ou com profissional de saúde</li> <li>❖ Procura da unidade de saúde para prevenção ou tratamento de DST/aids</li> <li>❖ Sabe onde fazer o teste de HIV</li> </ul>

#### 4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados no programa da *Microsoft Office Excel 2003*, sendo, posteriormente, transferidos para análise dos dados no programa de estatística **Statistical Package for the Social Sciences SPSS 17.0**.

Foi utilizada análise de *Shapiro-Wilk* para verificação do comportamento das variáveis quanto à normalidade. Os pares de médias foram comparados pelo teste t Student ou pelo teste de *Mann-Whitney*, conforme a distribuição dos dados. Para a comparação de três ou mais médias, foram utilizados os testes F de Snedecor ou de Friedman, observando-se ou não a normalidade dos dados. Nesses últimos testes, em sendo estatisticamente significativo, as comparações múltiplas foram serão realizadas pelos testes de Tukey e Conover, respectivamente.

As análises de associações entre variáveis foram realizadas por meio dos testes não paramétricos de  $\chi^2$  e razão de verossimilhança. As análises de correlação foram feitas pelo coeficiente de correlação linear r de Pearson ou pelo coeficiente de correlação r de Spearman, conforme sejam os tipos de variáveis. Para todos os testes estatísticos foram considerados como estatisticamente significantes aqueles com  $p < 0,05$ .

Os dados foram analisados por sexo sob a perspectiva de identificação das probabilidades dos adolescentes pesquisados estarem vivenciando alguma vulnerabilidade seja individual, social e/ou institucional.

#### **4.7 Aspectos éticos**

A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004)

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar espontaneamente e informados sobre a preservação do anonimato quanto às fontes das informações fornecidas e o direito de exclusão na pesquisa, tendo obtido-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

As instituições participantes da pesquisas, por meio de seus diretores, assinaram termo de autorização. (APÊNDICE C).

As determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidas rigorosamente. Este estudo obteve parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 21/03/2011, sob protocolo de nº 10725993-1 (Anexo III).

## 5 RESULTADOS

A amostra de adolescentes pesquisados foi de 408 adolescentes, sendo 251 (61,5%) do sexo feminino e 157 (38,5%) do sexo masculino, e faixa etária variando entre 10 a 19 anos. Entre os adolescentes dessa pesquisa, 80 (19,6%) iniciaram vida sexual e 328 (80,4%) que informaram não ter atividade sexual, existindo diferença significativa entre os sexos com ( $p = 0,026$ ).

As perdas ocorridas foram devido ao não preenchimento de algumas questões do instrumento aplicado junto aos adolescentes. Nas tabelas ora apresentadas, os valores *missing* não são apresentados, destacando-se os valores de *n* referentes a cada um dos aspectos ou variáveis estudadas.

### 5.1 Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde entre adolescentes

Na amostra estudada houve predomínio de adolescentes do sexo feminino, 251 (61,5%). A faixa etária entre 12-15 anos 320 (80,4%) foi predominante, 33 (8,3%) tinham entre 10 e 11 anos e o mesmo percentual entre 16 e 17 anos e apenas 12 adolescentes (3%) eram maiores de idade (18 e 19 anos). A raça/cor predominante 278 (68,5%) foi parda, 72 (17,7%) responderam raça branca, 42 (10,3%) dos entrevistados responderam pertencer à raça negra e 14 adolescentes (3,4%) responderam pertencer à raça indígena. Quanto a escolaridade, observou-se que pouco mais da metade dos adolescentes 230 (59,6%) possuíam de 7 a 8 anos de estudo, 82 (21,2%) tinham de 4 a 6 anos de estudo e 74 (19,2%) possuíam 9 anos de estudo. A maioria eram solteiros 377 (93,5%), 05 adolescentes (1,3%) já possuíam companheiro fixo, e destes, 03 (60%), estavam na faixa etária compreendida entre 12-13 anos. No que concerne à religião, 335 (83,1%) relataram ser praticantes de alguma religião. Houve predomínio da religião católica com 178 (44,2%) e evangélica com 144 (35,7%). A maioria dos adolescentes 359 (89,3%) não trabalhava no período estudado, no entanto, dentre os 43 (10,7%) que responderam trabalhar, a faixa etária

estava entre 12–15 anos, e o maior percentual 23 (14,8%) era do sexo masculino. Sobre a estrutura familiar, 252 (61,9%) pertenciam a famílias nucleares, 101 (24,8%) moravam com o pai ou mãe separadamente e com irmãos, e 54 (13,3%) residiam com cônjuges ou amigos. A maioria 181 (57,8%) dos pais ou responsáveis pelos adolescentes participantes dessa pesquisa possuíam renda de até 1 salário mínimo, 95 (30,4%) dois salários mínimos, 27 (8,6%) três salários mínimos e apenas 10 responderam que a renda familiar era de 4 ou mais salários mínimos. Em 95 (23,2%) dos questionários, os adolescentes não souberam responder à pergunta referente à renda da família (Tabela 1, 2).

Em relação à escolaridade das mães dos adolescentes participantes desta pesquisa, a maioria 217 (54,6%) possuía o ensino fundamental completo ou incompleto, 106 (26,7%) o ensino médio completo ou incompleto, apenas 26 (6,6%) tinha nível superior completo ou incompleto e 48 (12,1%) das respostas, as mães não possuíam nenhum ano de estudo. Sobre a escolaridade do pai dos adolescentes dessa amostra, pouco mais da metade 196 (51,4%) possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, 86 (22,5%) ensino médio completo ou incompleto, 43 (11,3%) possuíam ensino superior completo ou incompleto e em 56 (14,8%) das respostas o pai dos adolescentes não possuíam nenhum grau de instrução. Observou-se nesta casuística, que 268 (67,8%) adolescentes não participavam de grupos sociais, e dos 127 (32,2%) que participavam de algum grupo social, 79 (32,8%) eram adolescentes do sexo feminino e 51 (33,8%) estão na faixa etária entre 12-13 anos. Percebeu-se que 261 (64,6%) adolescentes responderam existir vínculo de sua família com a Unidade de Saúde, no entanto, 132 (32,7%) não souberam responder e 11 (2,7%) afirmaram não haver vínculo entre a família e o serviço de saúde (Tabela 1, 2).

Observou-se diferença significativa (valor  $p$ ) entre os adolescentes do sexo feminino e masculino em relação às variáveis: trabalho, situação da estrutura familiar e a presença de vínculo familiar com os serviços de saúde. O percentual de adolescentes do sexo feminino que não exercem algum tipo de atividade laboral é significativamente maior ( $p = 0,033$ ) quando comparado ao do sexo masculino. Houve diferença na distribuição dos percentuais entre o sexo dos adolescentes em relação à estrutura familiar ( $p = 0,033$ ), isto é, as famílias de adolescentes do sexo feminino são nucleares quando comparadas aos adolescentes do sexo masculino. Percebeu-se que os adolescentes do sexo feminino parecem conhecer mais sobre a existência de vínculo

entre a sua família e os serviços de saúde quando comparado aos adolescentes do sexo masculino ( $p = 0,032$ ).

Tabela 1 – Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde da amostra de adolescentes segundo sexo Maracanaú-CE, 2011

Variáveis	Total Nº (%)	Feminino Nº (%)	Masculino Nº (%)	$p^*$
<b>Faixa etária/anos (n= 398 )</b>				
10-11	33 (8,3)	18 (7,55)	15 (9,7)	0, 839
12-13	156 (39,2)	98 (40,3)	58 (37,5)	
14-15	164 (41,2)	101 (41,6)	63 (40,6)	
16-17	33 (8,3)	20 (8,2)	13 (8,4)	
18-19	12 (3,0)	6 (2,4)	6 (3,8)	
<b>Raça/cor (n=406)</b>				
Branca	72 (17,7)	46 (18,4)	26 (16,6)	0, 430
Preta	42 (10,4)	21 (8,5)	21 (13,3)	
Parda	278 (68,5)	174 (69,9)	104 (66,2)	
Indígena	14 (3,4)	8 (3,2)	6 (3,9)	
<b>Escolaridade em anos de estudo (n = 386)</b>				
4-6	82 (21,2)	45 (18,0)	37 (24,8)	0, 198
7-8	230 (59,6)	141 (59,4)	89 (59,8)	
9	74 (19,2)	51 (21,6)	23 (15,4)	
<b>Estado civil (n=382)</b>				
Solteiro	377 (98,7)	231 (99,1)	146 (98,0)	0, 333
Casado/união estável	5 (1,3)	2 (0,9)	3 (2,0)	
<b>Religião (n=403)</b>				
Católica	178 (44,2)	116 (46,7)	62 (40,0)	0, 319
Evangélica	144 (35,7)	87 (35,2)	57 (36,7)	
Nenhuma	68 (16,9)	36 (14,5)	32 (20,7)	
Outra	13 (3,2)	9 (3,6)	4 (2,6)	
<b>Trabalho (n=402)</b>				
Sim	43 (10,7)	20 (8,0)	23 (14,8)	0, 033
Não	359 (89,3)	227 (92,0)	132 (85,2)	
<b>Mora com (n=407)</b>				
Pais/irmãos (nuclear)	252 (61,9)	143 (57,0)	109 (69,9)	0, 033
Irmãos pai /irmãos mãe	101 (24,8)	70 (27,9)	31 (19,8)	
Outros (cônjuge/amigos)	54 (13,3)	38 (15,1)	16 (10,3)	
<b>Renda familiar (salário mínimo) (n=313)</b>				
Até 1	181 (57,8)	110 (58,5)	71 (56,8)	0, 768
2	95 (30,4)	55 (29,3)	40 (32,0)	
3	27 (8,6)	18 (9,6)	9 (7,2)	
4 ou mais	10 (3,2)	5 (2,6)	5 (4,0)	

\*p de  $\chi^2$

Tabela 1 (Cont.) – Características socioeconômicas, demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde da amostra de adolescentes segundo sexo Maracanaú-CE, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Total N (%)</b>	<b>Feminino N (%)</b>	<b>Masculino N (%)</b>	<b>p*</b>
<b>Escolaridade da mãe (ensino) (n=397)</b>				
Nenhuma	48 (12,1)	33 (13,4)	15 (10,7)	0, 116
Fundamental incompleto /completo	217 (54,6)	129 (52,5)	88 (62,8)	
Médio incompleto/completo	106 (26,7)	70 (28,4)	25 (17,8)	
Superior completo/incompleto	26 (6,6)	14 (5,7)	12 (8,7)	
<b>Escolaridade do pai (ensino) (n=381)</b>				
Nenhuma	56 (14,8)	37 (16,0)	19 (12,6)	0, 382
Fundamental incompleto/ completo	196 (51,4)	111 (48,0)	85 (56,6)	
Médio incompleto/ completo	86 (22,5)	57 (24,7)	29 (19,4)	
Superior completo/incompleto	43 (11,3)	26 (11,3)	17 (11,4)	
<b>Participa de grupo social (n=395)</b>				
Sim	127 (32,2)	79 (32,8)	48 (31,1)	0, 738
Não	268 (67,8)	162 (67,2)	106 (68,9)	
<b>Vínculo familiar na Unidade de Saúde (n=404)</b>				
Sim	261 (64,6)	172 (69,4)	89 (57,0)	<b>0, 032</b>
Não	11 (2,7)	7 (2,8)	4 (2,3)	
Não Sei	132 (32,7)	69 (27,8)	63 (40,4)	

\*p de  $\chi^2$

A Tabela 2 mostra a distribuição das seguintes variáveis: estado civil, trabalho e participação em grupo social segundo a faixa etária dos adolescentes pesquisados. Observou-se diferença entre os percentuais das faixas etárias em relação ao trabalho exercido pelos adolescentes ( $p = 0,026$ ). Os valores percentuais da faixa etária compreendida entre 12 e 15 anos são superiores às demais.

Tabela 2 – Características socioeconômicas da amostra de adolescentes segundo faixa etária. Maracanaú-CE, 2011.

Variáveis:	Faixa etária:					p*
	10-11 anos N (%)	12-13 anos N (%)	14-15 anos N (%)	16-17 anos N (%)	18-19 anos N (%)	
<b>Estado civil n = (372)</b>						
Solteiro	29 (100,0)	145 (97,9)	151 (99,3)	31 (100,0)	11 (91,6)	0, 595
Casado/ união estável	-	3 (2,1)	1 (0,7)	-	1 (8,3)	
<b>Trabalho n=(392)</b>						
Sim	1 (3,1)	14 (9,1)	21 (15,3)	2 (6,6)	4 (33,3)	<b>0, 026</b>
Não	32 (96,9)	140 (90,9)	142 (84,7)	28 (93,4)	8 (66,7)	
<b>Participa de grupo social n=(385)</b>						
Sim	11 (34,3)	51 (33,8)	49 (30,8)	10 (31,2)	5 (45,4)	0, 969
Não	21 (65,7)	100 (66,2)	110 (69,2)	22 (68,8)	6 (54,6)	

\*p de  $\chi^2$

## 5.2 Conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV entre adolescentes

Quando indagados sobre o conhecimento sobre aids, a maioria 352 (86,9%) dos adolescentes dessa amostra estudada informou conhecimento a respeito do assunto. Comparando-se os valores percentuais dessa variável entre adolescentes do sexo feminino e masculino, houve diferença significativa ( $p = 0,024$ ), indicando que adolescentes do sexo feminino são mais bem informadas sobre o significado da aids quando comparado aqueles do sexo masculino. A respeito da transmissão da aids, os resultados mostraram similaridade em relação á variável sabe sobre aids, ou seja, o valor ( $p = 0,001$ ) mostra diferença significativa entre os percentuais de respostas de adolescentes do sexo feminino e masculino.

Quase a totalidade, 361 (96,8%) da amostra estudada sabe sobre o uso do preservativo para a prevenção de DST/aids, entretanto não percebeu-se diferença sobre o conhecimento desse aspecto em relação ao sexo dos adolescentes. Em relação ao conhecimento sobre o uso de preservativo para a prevenção de gravidez, a maioria 354 (97,8%) dos adolescentes participantes desta pesquisa sabe sobre o assunto, no entanto, houve diferença

significativa entre os sexos, o valor ( $p = 0,002$ ) mostrou que adolescentes do sexo feminino estão mais informadas quando comparadas aos do sexo masculino.

Sobre a exposição de contrair HIV por via sexual, 37 (10,6%) das respostas foram referentes ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, no entanto, 32 (9,2%) usaram preservativos somente em algumas relações sexuais. Em relação a essa variável, houve diferença significativa nos percentuais das respostas entre adolescentes do sexo feminino e masculino ( $p = 0,001$ ). Quando abordados sobre a exposição ao HIV por uso de drogas, apenas 115 dos participantes responderam a essa pergunta e destes, quase 25% afirmaram ter utilizado drogas e corrido o risco de contrair uma DST, no entanto não houve diferença significativa entre os sexos (Tabela 3).

Tabela 3 – Características da amostra de adolescentes sobre conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV segundo sexo. Maracanaú-CE, 2011.

Variáveis	Total N (%)	Feminino N (%)	Masculino N (%)	$p^*$
<b>Sabe o que é aids (n= 405)</b>				
Sim	352 (86,9)	223 (89,9)	129 (82,2)	<b>0, 024</b>
Não	53 (13,1)	25 (10,1)	28 (17,8)	
<b>Sabe sobre a transmissão das DST/aids (n=405)</b>				
Sim	327 (80,7)	214 (85,9)	113 (72,4)	<b>0, 001</b>
Não	78 (19,3)	35 (14,1)	43 (27,6)	
<b>Sabe sobre uso do preservativo na prevenção das DST/aids (n=373)</b>				
Sim	361 (96,8)	224 (97,4)	137 (95,8)	0,390
Não	12 (3,2)	6 (2,6)	6 (4,2)	
<b>Sabe sobre uso do preservativo na prevenção da gravidez (n=362)</b>				
Sim	354 (97,8)	229 (99,6)	125 (94,7)	<b>0, 002</b>
Não	8 (2,2)	1 (0,4)	7 (5,3)	
<b>Exposição de contrair HIV por via sexual (n=349)</b>				
Usa preservativo em todas as relações	37 (10,6)	20 ( 9,0)	17 (13,5)	<b>0, 001</b>
Usa preservativo em algumas relações	32 (9,2)	12 (5,4)	20 (15,9)	
Sem inicio da vida sexual	280 (80,2)	191 (85,6)	89 (70,6)	
<b>Exposição ao HIV por uso de drogas (n=115)</b>				
Sim, usou drogas	28 (24,3)	17 (27,9)	11 (20,4)	0, 350
Não usou drogas	87 (75,7)	44 (72,1)	43 (79,6)	

\*p de  $\chi^2$

A análise dos resultados sobre o conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV segundo a faixa etária mostrou diferença significativa em relação ao conhecimento sobre a aids e sua transmissão, uso do preservativo na prevenção às DST/aids e na exposição ao HIV por via sexual, ou seja, adolescentes entre 10-11 anos parecem conhecer menos sobre a transmissão da doença, aspectos relacionados à prevenção quando comparados as outras faixas etária. Não houve diferença entre as faixas etárias em relação ao uso de preservativo para a prevenção de gravidez, significando conhecimento amplo sobre esse assunto independente da faixa etária na amostra de adolescentes estudada e o uso de drogas. (Tabela 4).

Tabela 4 – Características da amostra de adolescentes sobre conhecimento dos aspectos relacionados DST/HIV/aids e exposição ao HIV segundo a faixa etária. Maracanaú-CE, 2011.

<b>Faixa etária:</b>	<b>10-11 a</b>	<b>12-13 a</b>	<b>14-15 a</b>	<b>16-17 a</b>	<b>18-19 a</b>	<b>p*</b>
<b>Variáveis:</b>	<b>N (%)</b>					
<b>Sabe o que é aids (n= 395)</b>						
Sim	20 (60,6)	133 (86,4)	152 (93,3)	27 (81,8)	12 (100,0)	<b>0,000</b>
Não	13 (39,4)	21 (13,6)	11 (6,7)	6 (18,2)	-	
<b>Sabe sobre a transmissão das DST/aids (n=395)</b>						
Sim	17 (53,1)	124 (80,0)	138 (84,7)	29 (87,9)	12 (100,0)	<b>0,000</b>
Não	15 (46,9)	31 (20,0)	25 (15,3)	4 (12,1)	-	
<b>Sabe sobre uso do preservativo na prevenção das DST/aids (n=364)</b>						
Sim	23 (82,1)	142 (95,9)	145 (99,3)	30 (100,0)	12 (100,0)	<b>0,000</b>
Não	5 (17,9)	6 (4,1)	1 (0,7)	-	-	
<b>Sabe sobre uso do preservativo na prevenção da gravidez (n=352)</b>						
Sim	27 (93,1)	135 (97,1)	145 (98,6)	26 (100,0)	11 (100,0)	0,351
Não	2 (6,9)	4 (2,9)	2 (1,4)	-	-	
<b>Exposição de contrair HIV por via sexual (n=341)</b>						
Usa preservativo em todas as relações	2 (6,5)	3 (2,2)	17 (12,9)	5 (16,7)	5 (41,7)	<b>0,000</b>
Usa preservativo em algumas relações	1 (3,2)	7 (5,1)	19 (14,4)	7 (23,3)	3 (25,0)	
Sem início da vida sexual	28 (90,3)	126 (92,6)	96 (72,7)	18 (60,0)	4 (33,3)	
<b>Exposição ao HIV por uso de drogas (n=111)</b>						
Sim, usou drogas	3 (25,0)	6 (24,0)	13 (23,2)	4 (40,0)	2 (25,0)	0,862
Não usou drogas	9 (75,0)	19 (76,0)	43 (76,8)	6 (60,0)	6 (75,0)	

\*p de  $\chi^2$

### 5.3 Acesso a informações e serviços em DST/aids entre adolescentes

Conforme podemos observar na Tabela 5, as orientações recebidas pelos adolescentes sobre DST/aids foram realizadas em maior percentual 292 (91,0%) através da escola. Ressaltamos que 29 (9,0%) dos adolescentes afirmaram não receber orientação sobre DST/aids oriunda das escolas. Em relação aos serviços de saúde, representados nessa casuística como unidade de saúde, 217 (82,5%) dos adolescentes entrevistados afirmaram receber orientação sobre DST/aids, no entanto, 46 (17,5%) responderam que os serviços de saúde não oferecem orientação sobre o assunto.

Em relação à fonte de informação buscada pelos adolescentes sobre DST/aids, a maioria, 241 (84,5%) informaram procurar os amigos, seguida de 186 (77,8%) que procuram a família, e em terceira e quarta opção, apresentam-se o profissional de saúde com 67 (48,2%) e o professor com 60 (45,8%). Ressaltamos que há ainda, 65 (45,8%) adolescentes que não procuram ninguém para conversar. Dos que procuram o profissional de saúde ou o professor, a maioria é do sexo feminino, 59,3% e 53,4%, respectivamente.

Dos adolescentes que procuraram prevenção ou tratamento de DST/aids, somente 41 (10,7%) realizaram consultas médicas, outros 05 (1,3%) procuraram farmácias e 11 (2,9%) procuraram atendimentos mas não conseguiram. Observou-se percentual elevado de busca pelos serviços de saúde entre adolescentes do sexo feminino 28 (11,7%) quando comparado ao masculino 13 (9,1%), apesar de não alcançar significância estatística quando comparado o sexo entre os adolescentes. A maior parte dos adolescentes 215 (53,5%) sabe onde fazer o teste de HIV, sendo (59,2%) do sexo feminino e com a faixa etária entre com 12-15 anos.

A Tabela 5 mostra valor  $p$  significativo em todas as variáveis, ou seja, houve diferença estatisticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ) em relação aos aspectos sobre o acesso à informação em DST/aids quando comparado pelo sexo dos adolescentes dessa amostra estudada. Adolescentes do sexo feminino informam que recebem mais orientação da escola, da unidade de saúde, conversam com amigos sobre o assunto, com a família, com os profissionais de saúde e com o professor quando comparado ao grupo de adolescentes do sexo masculino.

Tabela 5 – Características da amostra de adolescentes sobre acesso de informações e serviços em DST/aids segundo sexo. Maracanaú-CE, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Total N (%)</b>	<b>Feminino N (%)</b>	<b>Masculino N (%)</b>	<b>p*</b>
<b>Escola oferece orientação em DST/aids(n=321)</b>				
Sim	292 (91,0)	190 (94,1)	102 (85,7)	<b>0, 012</b>
Não	29 (9,0)	12 (5,9)	17 (14,3)	
<b>Unidade de Saúde oferece orientação em DST/aids (n=263)</b>				
Sim	217 (82,5)	148 (86,0)	69 (75,8)	<b>0, 038</b>
Não	46 (17,5)	24 (14,0)	22 (24,2)	
<b>Conversa sobre DST/aids com amigos da mesma idade (n=285)</b>				
Sim	241(84,6)	159(89,8)	82(75,9)	<b>0, 002</b>
Não	44(15,4)	18(10,2)	26(24,1)	
<b>Conversa sobre DST/aids com profissional de saúde (n=139)</b>				
Sim	67(48,2)	51(59,3)	16(30,2)	<b>0, 001</b>
Não	72(51,8)	35(40,7)	37(69,8)	
<b>Conversa sobre DST/aids com família (n=239)</b>				
Sim	186(77,8)	122(84,1)	64(68,1)	<b>0, 004</b>
Não	53(22,2)	23(15,9)	30(31,9)	
<b>Conversa sobre DST/aids com professor (n=131)</b>				
Sim	60(45,8)	39(53,4)	21(36,2)	<b>0, 049</b>
Não	71(54,2)	34(46,6)	37(63,8)	
<b>Não conversa sobre DST/aids (n=142)</b>				
Sim	65(45,8)	44(57,9)	21(31,8)	<b>0, 002</b>
Não	77(54,2)	32(42,1)	45(68,2)	
<b>Procura unidade para prevenção ou tratamento de DST/aids (n=382)</b>				
Nunca precisou	325 (85,1)	198 (82,8)	127 (88,8)	0, 192
Procurou a farmácia	5 (1,3)	3 (1,3)	2 (1,4)	
Procurou consulta médica/faz seguimento	41 (10,7)	28 (11,7)	13 (9,1)	
Não conseguiu atendimento	11 (2,9)	10 (4,2)	1 (0,7)	
<b>Sabe onde fazer teste de HIV (n=402)</b>				
Sim	215 (53,5)	148 (59,2)	67 (44,1)	<b>0, 003</b>
Não	187 (46,5)	102 (40,8)	85 (55,9)	

\*p de  $\chi^2$

#### 5.4 Características da vida sexual entre adolescentes

Do total da amostra, 80 (19,9%) adolescentes relataram já terem iniciado vida sexual. Destes, 39 (15,5%) eram do sexo feminino e 41 (27,2%) do sexo masculino.

Não houve diferença estatística entre a idade de início da relação sexual entre os sexos dos adolescentes estudados nessa amostra. Os maiores valores percentuais para ambos os sexos em relação à idade de início da vida sexual compreendeu a faixa etária entre 14 e 15 anos.

Quanto ao número de parceiros desde o início da vida sexual, 11 (30,6%) dos adolescentes do sexo feminino tiveram de 2 a 3 parceiros e 08 (24,2%) do sexo masculino tiveram de 4 a 5 parceiros, porém 02 (5,6%) delas e 03 (9,1%) deles tiveram de 6-10 parceiros, e a média de idade desses adolescentes foi de 14,6 anos.

Quanto à exposição destes adolescentes à situação de riscos ao HIV, 13 (17,1%) já tiveram DST, e apenas pouco mais da metade 37 (53,7%) relataram fazerem uso do preservativo em todas as relações, porém 07 (53,8%) disseram não saber usar e 15 (62,5%) não usam com a pessoa amada ou conhecida, tendo sido maior entre adolescentes do sexo feminino (9/60%). Ressaltamos que na amostra dos 80 adolescentes que já haviam iniciado vida sexual, 20 (62,5%) do sexo masculino afirmaram ter tido alguma relação sexual sem proteção, em relação a 12 (37,5%) do sexo feminino.

Em relação ao acesso ao preservativo, 07 (9,7%) dos adolescentes que já iniciaram a vida sexual relataram nunca ter onde conseguir, 28 (35,9%), adquire em farmácias ou em outros locais e somente 10 (12,8%) conseguem na unidade de saúde, em casa ou na escola. Entre os 07 adolescentes que possuem mais dificuldade e não perdem a relação sexual por não dispor de preservativo, 05 (71,4%) são do sexo masculino. Ainda sobre o uso da camisinha 56 (96,6%) a consideram fácil de colocar e 23 (95,8%) associam o uso da camisinha com o prazer, porém 09 (40,9%) entre os respondentes ainda afirmaram que o uso de preservativo diminui o prazer durante a relação sexual. Foi significativa a diferença com ( $p=0,008$ ) entre os sexos o conhecimento do preservativo para a prevenção de gravidez.

A Tabela 6 mostra significância estatística em relação ao sexo dos adolescentes que já iniciaram a vida sexual apenas, em relação ao uso do preservativo. Houve diferença significativa entre o sexo dos adolescentes desse estudo no que tange ao conhecimento sobre a utilidade do mesmo (*serve para evitar filhos/DST/aids*), ou seja, adolescentes do sexo feminino parecem saber mais sobre o uso do preservativo ( $p = 0,008$ ) quando comparado aos do sexo masculino.

Tabela 6 – Características da amostra de adolescentes que iniciaram vida sexual segundo sexo. Maracanaú-CE, 2011.

Variáveis	Total N=80 (%)	Feminino N=39 (%)	Masculino N=41 (%)	$p^*$
<b>Idade de início da relação sexual (anos) (n=80)</b>				
10-11	3 (3,8)	-	3 (7,3)	0,534
12-13	10 (12,5)	5 (12,8)	5 (12,2)	
14-15	41 (51,3)	21 (53,8)	20 (48,8)	
16-17	17 (21,3)	9 (23,1)	8 (19,5)	
18-19	9 (11,3)	4 (10,3)	5 (12,2)	
<b>Relação sexual com quantas pessoas diferentes (n=69)</b>				
1	38 (55,1)	21 (58,3)	17 (51,5)	0,096
2-3	16 (23,2)	11 (30,6)	5 (15,2)	
4-5	10 (14,5)	2 (5,6)	8 (24,2)	
6-10	5 (7,2)	2 (5,6)	3 (9,1)	
<b>Exposição à situação de risco (n=69)</b>				
Alguma relação sexual sem preservativo	32 (46,3)	12 (37,5)	20 (62,5)	0,249
Todas as relações sexuais com preservativo	37 (53,7)	20 (62,5)	17 (37,5)	
<b>Adquirir DST (n=76)</b>				
Sim	13 (17,1)	8 (22,9)	5 (12,2)	0,219
Não	63 (82,9)	27 (77,1)	36 (87,8)	
<b>Dificuldades em conseguir preservativo (n=78)</b>				
Nunca tem, mas não perde a relação	7 (9,7)	2 (5,1)	5 (12,8)	0,209
Não consegue ou consegue às vezes	15 (19,2)	5 (12,8)	10 (25,6)	
Compra na farmácia ou supermercado	28 (35,9)	15 (38,5)	13 (33,3)	
Consegue posto de saúde, casa ou escola	10 (12,8)	4 (10,3)	6 (15,4)	
Meu parceiro cuida disso	12 (15,4)	9 (23,1)	3 (7,7)	
Não procura por vergonha	6 (7,7)	4 (20,3)	2 (5,1)	
<b>Sobre o uso do preservativo:</b>				
Acha fácil colocar (n= 58)	56 (96,6)	24 (92,3)	32 (100,0)	0,137
Não sabe usar (n=13)	7 (53,8)	6 (85,7)	1 (14,3)	-
Pode ser usada com prazer (n=24)	23 (95,8)	13 (56,5)	10 (43,5)	0,397
Diminui o prazer (n=22)	9 (40,9)	3 (33,3)	6 (66,7)	-
Não precisa ser usada com quem ama/confia (n=24)	15 (62,5)	9 (60,0)	6 (40,0)	0,305
<b>Serve para evitar filhos/DST/aids (n=50)</b>	47 (94,0)	30 (63,8)	17 (36,2)	<b>0,008</b>

\*p de  $\chi^2$

### 5.5 Vulnerabilidades entre adolescentes: individual, social e institucional

Os fatores relacionados às vulnerabilidades individual, social e institucional foram agrupados observando-se suas significâncias estatísticas entre os sexos, com valor  $p < 0,05$  e estão apresentados na Tabela 7.

Sobre os fatores relacionados à vulnerabilidade individual analisados nesse estudo foi encontrado diferença significativa entre adolescentes do sexo feminino e masculino em relação ao conhecimento sobre a aids e sua transmissão, com valor ( $p = 0,024$ ) e ( $p = 0,001$ ), respectivamente. Também houve diferença entre os sexos dos adolescentes em relação à exposição de adquirir HIV por via sexual (uso do preservativo somente em algumas relações sexuais), com ( $p = 0,001$ ), como também relacionado ao fato dos adolescentes não conversarem com ninguém sobre aids ( $p = 0,002$ ). Percebeu-se ainda diferença significativa entre o sexo dos adolescentes desta casuística em relação ao início da vida sexual, com ( $p = 0,009$ ). Os fatores analisados em relação aos componentes individuais mostraram que adolescentes do sexo masculino desse estudo encontram-se mais vulneráveis quando comparados aos do sexo feminino.

Na vulnerabilidade social, esse estudo encontrou diferença significativa entre o sexo dos adolescentes ( $p = 0,002$ ) em relação a conversar sobre aids com os amigos da mesma idade, bem como em relação com a família ( $p = 0,002$ ). Os adolescentes do sexo masculino conversam menos sobre aids com os amigos e com suas famílias.

Sobre a vulnerabilidade institucional, as diferenças significativas entre o sexo dos adolescentes participantes desse estudo foram percebidas em relação: i) ao conhecimento dos adolescentes sobre a existência de vínculo entre a família e os serviços de saúde (valor ( $p = 0,032$ ); ii) orientações oferecidas pelas escolas sobre aids ( $p = 0,012$ ) e pelos serviços de saúde ( $p = 0,038$ ); iii) conversa sobre DST/aids com profissionais de saúde ( $p = 0,001$ ) e com o professor ( $p = 0,049$ ); iv) pouco conhecimento entre adolescentes do sexo masculino sobre a realização do teste de HIV ( $p = 0,003$ ).

Tabela 7 – Fatores relacionados à vulnerabilidade individual, social e institucional da amostra de adolescentes segundo sexo Maracanaú-CE, 2011

Fatores	Total Nº (%)	<i>p</i> <sup>1</sup>	Feminino Nº (%)	Masculino Nº (%)	<i>p</i> <sup>2</sup>
<b>Vulnerabilidade individual:</b>					
<b>Saber sobre aids (n=405)</b>					
Sim	352 (86,9)	< 0,001	223(89,9)	129 (82,2)	<b>0,024</b>
Não	53 (13,1)		25 (10,1)	28 (17,8)	
<b>Saber sobre transmissão DST/aids (n=405)</b>					
Sim	327 (80,7)	< 0,001	214 (85,9)	113 (72,4)	<b>0,001</b>
Não	78 (19,3)		35 (14,1)	43 (27,6)	
<b>Exposição de contrair HIV por via sexual (n=349)</b>					
Usa preservativo em todas as relações	37 (10,6)	< 0,001	20 (9,0)	17 (13,5)	<b>0,001</b>
Usa preservativo algumas vezes	32 (9,2)		12 (5,4)	20 (15,9)	
Sem início de vida sexual	280 (80,2)		191(85,6 )	89 (70,6)	
<b>Não conversa sobre DST/ aids (n=142)</b>					
Sim	65 (45,8)	< 0,001	44 (57,9)	21 (31,8)	<b>0,002</b>
Não	77 (54,2)		32 (42,1)	45 (68,2)	
<b>Início de vida sexual (n=408)</b>					
Sim	80 (19,6)	< 0,001	39 (48,8)	41 (51,2)	<b>0,009</b>
Não	328 (80,4)		212 (52,0)	116 (48,0)	
<b>Vulnerabilidade social:</b>					
<b>Conversa sobre DST/aids com amigos da mesma idade (n=285)</b>					
Sim	241 (84,6)	< 0,001	159 (89,8)	82 (75,9)	<b>0, 002</b>
Não	44 (15,4)		18 (10,2)	26 (24,1)	
<b>Conversa sobre DST/aids com família (n=239)</b>					
Sim	186 (77,8)	< 0,001	122 (84,1)	64 (68,1)	<b>0, 004</b>
Não	53 (22,2)		23 (15,9)	30 (31,9)	
<b>Vulnerabilidade institucional:</b>					
<b>Vínculo familiar na Unidade de Saúde (n=404)</b>					
Sim	261 (64,6)	< 0,001	172 (69,4)	89 (57,0)	<b>0, 032</b>
Não	11 (2,7)		7 (2,8)	4 (2,3)	
Não Sei	132 (32,7)		69 (27,8)	63 (40,4)	

Tabela 7 (cont.) – Fatores relacionados à vulnerabilidade individual, social e institucional da amostra de adolescentes segundo sexo Maracanaú-CE, 2011

<b>Escola oferece orientação em DST/aids(n=321)</b>					
Sim	292 (91,0)	< <b>0,001</b>	190 (94,1)	102 (35,7)	<b>0, 012</b>
Não	29 (9,0)		12 (5,9)	17 (14,3)	
<b>Unidade de Saúde oferece orientação em DST/aids (n=263)</b>					
Sim	217 (82,5)	< <b>0,001</b>	148 (86,0)	69 (75,8)	<b>0, 038</b>
Não	46 (17,5)		24 (14,0)	22 (24,2)	
<b>Conversa sobre DST/aids com profissional de saúde (n=139)</b>					
Sim	67(48,2)	< <b>0,001</b>	51(59,3)	16(30,2)	<b>0, 001</b>
Não	72(51,8)		35(40,7)	37(69,8)	
<b>Conversa sobre DST/aids com professor (n=131)</b>					
Sim	60(45,8)	< <b>0,001</b>	39(53,4)	21(36,2)	<b>0, 049</b>
Não	71(54,2)		34(46,6)	37(63,8)	
<b>Sabe onde fazer teste de HIV (n=402)</b>					
Sim	215 (53,5)	< <b>0,001</b>	148 (59,2)	67 (44,1)	<b>0, 003</b>
Não	187 (46,5)		102 (40,8)	85 (55,9)	

$p^1$  comparação entre as categorias das variáveis;  $p^2$  comparação entre os sexos

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar situações ou fatores relacionados às vulnerabilidades individual, social e institucional entre adolescentes para a transmissão sexual do HIV, em jovens das escolas de ensino fundamental, com o Programa Saúde na Escola. Para Ayres (1996), a noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo têm em se contaminar. O modelo proposto por Ayres et al. (2003), referem que a vulnerabilidade é constituída por três planos interdependentes, e de que o plano institucional da vulnerabilidade é uma espécie de ligação entre os planos individual e social. O segmento jovem encontra-se entre os mais vulneráveis no mundo e no Brasil pelo HIV/aids. (AYRES et al., 1999).

Os resultados dessa casuística mostram a maior vulnerabilidade dos adolescentes do sexo masculino em relação ao feminino, com diferenças estatisticamente significantes em relação ao conhecimento sobre aids e sua transmissão, às práticas de sexo inseguro traduzida pelo não uso de preservativos em todas relações sexuais, não conversar sobre aids, o início da vida sexual, conversam menos com amigos e famílias sobre aids, desconhecem vínculo entre a família e os serviços de saúde, sabem menos onde realizar o teste para detecção do HIV, consideram que recebem menos orientação sobre aids oriunda da escola e dos serviços de saúde e conversam menos com o professor e profissional de saúde quando comparado aos adolescentes das mesmas escolas do sexo feminino. Esse achado traduz as diferentes formas de conceber e viver a sexualidade pelos gêneros masculinos e femininos que para Santos e Paiva (2007), o homem encontra-se em situação de vulnerabilidade pela opressão de estereótipos, ou seja, deixam de ser sujeitos de sua atividade sexual, na tentativa de moldar seu comportamento para cumprir as funções de provedor e chefe de família. Corroborando, Taquette et al. (2004a) reforça que os homens cedo necessitam provar que são potentes e sexualmente capazes, enquanto as mulheres são passivas, dependentes e sensíveis. Outros estudos, Sousa et al. (2008), Silva e Vargens (2009), Lopes et al. (2007), encontraram resultados que indicaram uma maior vulnerabilidade feminina, principalmente pelo poder reduzido na negociação das práticas sexuais mais seguras,

reforçando o desequilíbrio das relações de poder entre os gêneros tendendo a produzir comportamentos mais arriscados e difíceis para as mulheres, mesmo as mais jovens. Os modelos hegemônicos de comportamento de gênero também são responsáveis por atividades que colocam em risco a saúde tanto do homem quanto da mulher, ou seja, a naturalização deste modelo de gênero pode causar impacto à saúde, pois para cumprir os padrões do que é ser homem e/ou mulher, ambos têm de desempenhar uma prática sexual que lhes é nociva do ponto de vista do risco às DST e à própria vida. (TAQUETTE, VILHENA e PAULA et al., 2004a; 2004b).

Nas características sócio-econômicas e demográficas da amostra estudada, encontrou-se significância estatística em relação aos adolescentes do sexo masculino que trabalham, principalmente porque os valores percentuais são maiores entre 12 e 15 anos, ou seja, indicando ocorrência do trabalho infantil (10% da amostra). Esse estudo, não evidenciou a renda familiar e a escolaridade dos pais, cuja presença poderia impelir os adolescentes ao trabalho precoce em maiores proporções. Para Gonçalves (2008), a vulnerabilidade social entre os jovens impõe a necessidade de trabalhar mais cedo, assumir maiores responsabilidades com o próprio sustento e dos que com ele moram, antecipando em anos algumas vivências e comportamentos, inclusive sexual. Corroborando, Hugo et al. (2011) afirmam que o início precoce da experiência sexual guarda relação direta com o baixo nível socioeconômico, graus inferiores de escolaridade, considerados componentes da vulnerabilidade social e com a ausência do exercício de prática religiosa, este último analisado nesse estudo como fator relacionado à vulnerabilidade individual.

Em relação aos conhecimentos sobre aspectos referentes à aids e sua transmissão, os adolescentes do sexo masculino nesse estudo, estão um pouco mais desinformados em relação ao sexo feminino. Tal vulnerabilidade, aqui analisada como individual, guarda importante relação com a vulnerabilidade institucional, tendo em vista que os alunos estudados pertencem a escolas públicas nas quais o PSE encontra-se implantado há pelo menos quatro anos. A concepção do PSE aponta as equipes de Saúde da Família para construção conjunta com as escolas, de estratégias integrativas e articuladoras nas ações de educação em saúde.

O pouco conhecimento sobre DST/aids entre a população não é novidade no campo da saúde coletiva. Trabalhos mostram que a falta de conhecimento sobre DST/aids está presente inclusive entre estudantes da área da saúde. (GIR et al., 1999). A realidade parece não diferir dos professores, pois Merchán-Hamann (1995) em sua pesquisa sobre adolescentes pobres da cidade

do Rio de Janeiro revelou que a cadeia de desinformação entre alunos começa pelos professores, que o teor das dúvidas dos professores era similar às de seus alunos, e que muitos professores manifestaram não só dúvidas, mas também insegurança para enfrentar perguntas dos alunos com respeito a temas considerados delicados. Paiva, Pupo e Barbosa (2006) cita uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde em 2005 cujos resultados indicaram 60,2% das escolas do Brasil com ações de prevenção das DST/aids, no entanto, 96,2% dessas escolas desenvolvem as ações de prevenção durante o ensino médio, deixando o ensino fundamental deficiente e que somente 29,7% destas escolas possuem professores capacitados sobre o tema. Acrescenta que, o Ministério da Saúde e da Educação têm buscado articulações das ações de prevenção das DST/aids, propondo políticas e programas voltados para essas ações envolvendo saúde e educação, disponibilizando material educativo, capacitando profissionais de saúde e professores, que parece não estar sendo suficientes para o repasse das informações e procura dos adolescentes junto aos professores e profissionais de saúde a fim de se fortalecerem como sujeitos de sua sexualidade passando a adotarem ações de prevenção.

Em estudo sobre as práticas educativas sobre HIV/aids, desenvolvido por Ayres (2002), as estratégias educativas em saúde refere-se apenas ao problema e pontua que precisa-se recorrer às teorias de Paulo Freire, para avançar no trabalho educativo, desta forma, abre-se o espaço a discussão dos temas de saúde e não apenas transmitir informação. O autor reforça que ao longo da história da educação em saúde foi frequente a transmissão de informação como forma de prevenir, mas é preciso ultrapassar este paradigma comportamentalista, que se ancora na abordagem higienista e individualista da prevenção, para construir métodos mais dialógicos e construtivistas, que substituam a atitude normativa e modeladora de comportamento pela atitude emancipatória, valorizando-se neste feito a interação entre pares, a reflexão, e o protagonismo dos sujeitos.

Ainda sobre a vulnerabilidade individual, especificamente em relação à exposição sexual ao HIV, traduzida nesse estudo como o uso esporádico de preservativo (deixou de usar o preservativo algumas vezes), percebeu-se maior vulnerabilidade entre adolescentes do sexo masculino quando comparada ao feminino. Alguns estudos brasileiros revelam que apenas um terço dos adolescentes ou menos usam sempre preservativo (JIMÉNEZ et al., 2001, TRAJMAN et al., 2003). Taquette, Vilhena e Paula (2004a) afirmam que muitos jovens ainda vivenciam sua

vida sexual sem o uso do preservativo, mesmo sabendo que o uso evita doenças. A convivência e a intimidade construídas no cotidiano da relação parecem afastar o risco de contágio do vírus HIV ou de qualquer outra DST. Alguns estudos têm apontado o modelo monogâmico como fator determinante para o não uso do preservativo, pressupondo a fidelidade dos parceiros. (SILVA, VARGENS, 2009; LOPES et al, 2007; SOUSA et al, 2008). Corroborando, Camargo e Bertoldo (2006), referem que a intimidade é um fator correlacionado negativamente com o uso do preservativo, assim como proximidade e confiança, pois diminuem a necessidade de proteção. Garcia e Sousa (2010) acrescentam que além da justificativa da confiança no parceiro, a não utilização do preservativo pela população masculina, agrega elementos relacionados ao incomodo no ato sexual, alteração na sensibilidade, prejuízo na ereção e alergia ao material.

O uso de drogas e álcool, fator relacionado à vulnerabilidade individual é segundo Camargo e Bertoldo (2006) considerado comportamento de risco pelas alterações cognitivas que tornam o indivíduo mais vulnerável a outras situações de risco, além de ser o consumo em si um comportamento autodestrutivo. Apesar desse estudo não ter encontrado diferença significativa em relação ao sexo dos adolescentes e o uso de drogas ou álcool, ressaltamos que quase ¼ da amostra afirmou que se expuseram ao HIV por terem feito uso de drogas e álcool. Jedás (2004) em estudo sobre a vulnerabilidade dos adolescentes em relação às DST/aids constatou que 28% dos adolescentes fizeram uso de álcool antes das relações sexuais. Em estudo sobre estilo de vida e vulnerabilidade social entre adolescentes de um bairro da cidade de Natal-RN, Monteiro, Medeiros e Oliveira (2007) encontraram que 41,5% consumiam álcool e outras drogas lícitas e 37,9% consumiram drogas ilícitas, principalmente a cola. O resultado de estudo realizado por Taquette et al. (2005) sobre a relação entre as características sociais e comportamentais de adolescentes, indicou uma multiplicidade de fatores de risco às DST, incluindo o uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas. O uso de drogas é preponderantemente responsável por aumentar a vulnerabilidade, já que no período da adolescência, o indivíduo normalmente age por impulso, impelido pela sensação de invulnerabilidade muitas vezes estimulada pela utilização de bebidas alcoólicas e/ou drogas. (BARRETO e SANTOS, 2009).

Em relação ao fator *não conversar com ninguém sobre aids*, analisado nesse estudo como vulnerabilidade individual, Camargo e Bertoldo (2006), consideram que a informação da qual o indivíduo dispõe sobre o objeto de ação, permite comportamentos mais condizentes com a

realidade, pois está informado sobre suas conseqüências. Barreto e Santos (2009) em estudo qualitativo sobre vulnerabilidade entre adolescentes às DST apontam que adolescentes não gostarem de conversar sobre sexualidade, provavelmente deve-se a preconceitos e tabus em relação à aids, e das raízes culturais oriundas da educação que recebeu na infância, tornando-se assim deficientes de informações importantes para sua proteção, ou estão informados, mas não dialogam com ninguém a respeito do assunto, processando mal a informação, fazendo com que ela não se revele como um poder na hora da prevenção.

Nesse estudo, aproximadamente 1/5 dos adolescentes iniciaram a vida sexual, tendo sido mais significativa entre o grupo de adolescentes do sexo masculino, no entanto, não houve diferença entre os sexos em relação à idade de início. Estudo recente de base populacional conduzido na cidade de Pelotas-RS, destacou que a primeira relação sexual tem iniciado cada vez mais cedo e revelou que o sexo masculino, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, pais separados, morar com companheiro (a), não praticar uma religião, uso de tabaco e drogas e o não uso da camisinha na relação foram os fatores associados ao início precoce da vida sexual (Hugo et al., 2011). Segundo dados do Ministério da Saúde (2008), a atividade sexual se inicia mais cedo para os meninos do que para as meninas. Resultados corroborados por Borges e Schor (2005) sinalizam sobre a iniciação sexual mais precoce entre jovens do sexo masculino quando comparado ao sexo feminino. Para Villela e Doreto (2006), o início sexual precoce acarreta não só mais parceiros ao longo da vida, mas também chances maiores de doenças sexuais. Madkour et al. (2010), acrescentam que o uso de substâncias também apresenta associação significativa com iniciação sexual precoce em países europeus e nos Estados Unidos. Em relação à idade de início da vida sexual, Taquette (2009) mostra que a idade média da primeira relação sexual genital entre as moças está abaixo dos 15 anos. Na tentativa de discutir sobre a precocidade do início da vida sexual entre as mulheres, Barreto e Santos (2009) ressaltam as vivências mais liberais sobre sua sexualidade feminina, devido à revolução sexual, ao movimento “hippie” dos anos 60 e 70 e com advento da pílula anticoncepcional, pois conquistou o direito de sentir prazer, algo que anteriormente era facultado aos homens.

Apesar de limitações ocorridas pelas perdas em algumas variáveis referentes às respostas entre os adolescentes que já haviam iniciado vida sexual, pode-se observar a precocidade de suas vivências sexuais, a multiplicidade de parceiros, o percentual sem fazer uso

do preservativo em todas as relações com quem amam ou confiam, a ocorrência de DST com maior percentual entre adolescentes do sexo feminino, e a dificuldade de acesso ao preservativo, principalmente junto aos serviços de saúde são fatores que contribuem para a manutenção de situações vulneráveis entre estes adolescentes. Azevedo (2007) e Amaral (2008) discutem que a iniciação sexual precoce com multiparceria, são fatores predisponentes a maior vulnerabilidade às DST/aids, bem como à ocorrência de gravidez e aborto. Em relação às DST, é consenso que as chances de contaminação pelo HIV aumentam na presença de DST. No Brasil há poucas informações sobre a prevalência de DST entre adolescentes e o número de casos notificados está bem abaixo das estimativas, talvez porque somente a aids e a sífilis sejam de notificação compulsória. (TAQUETTE, VILHENA e PAULA, 2004b). Compreendemos que o início cada vez mais precoce da vida sexual, acompanhada de um baixo nível de informação sobre a sexualidade, sua baixa percepção de risco, o imediatismo e a onipotência própria dessa fase, além da busca de afirmação e influência dos grupos, são alguns fatores que justificam uma preocupação específica com essa etapa, reforçada pelo aumento de casos de aids entre os jovens.

Ainda sobre o subgrupo de adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual, a dificuldade de acesso ao preservativo pode ser atribuída ao percentual de adolescentes que o adquire em farmácias ou supermercados. Em nosso entendimento, o ideal seria que a fonte majoritária de procura fossem os serviços de saúde. Esse achado pode sinalizar a necessidade de ações no sentido de fortalecer o vínculo da família e, por conseguinte, dos adolescentes junto aos serviços de saúde. Sobre a procura dos adolescentes aos serviços de saúde, Barreto e Santos (2009) ponderam que os adolescentes apenas procuram os serviços para o planejamento familiar a fim de prevenirem gravidez, não o fazendo para a prevenção do exercício pleno de sua sexualidade e que os adolescentes consideram a ida ao serviço de saúde, um ato que causa vergonha pelo próprio pudor da sociedade, principalmente quando é para solicitar preservativo. Esse estudo evidenciou que dentre os adolescentes que iniciaram a vida sexual, houve diferença significativa entre os sexos em relação ao conhecimento do preservativo na prevenção de gravidez, ou seja, os adolescentes do sexo masculino conhecem em menor proporção sobre o assunto quando comparado ao grupo de adolescentes do sexo feminino.

Sobre vulnerabilidade social investigada nesse estudo, a conversa com a família e com os amigos foram os fatores que se destacaram, tendo sido encontrado diferença estatística

entre o sexo dos adolescentes. Barreto e Santos (2009), referem que a dificuldade dos pais e educadores em tratar do tema sexualidade possivelmente reside no fato de acreditarem que, uma vez mantidos diálogos acerca do tema, poderiam estar incentivando os adolescentes à prática sexual. Corroborando com a temática do diálogo entre pais e filhos, Almeida e Centa (2009) enfatizam que durante o período da adolescência, apesar de ser uma fase muitas vezes conflituosa, o diálogo entre pais e filhos deve ser estimulado, pois neste período os adolescentes querem e precisam receber mais informações, respostas para suas dúvidas, evitando assim adquirir informações equivocadas. O comportamento sexual dos adolescentes sofre influência direta da família, da sociedade, de valores tradicionais e conservadores, assim como da estrutura econômica e social na qual estão inseridos, sendo um ser em processo de transição e necessitando de apoio de todos os atores sociais envolvidos nesse processo: os pais, educadores, profissionais de saúde, governos e sociedade em geral, a fim de prevení-los das vulnerabilidades que possam se apresentar. (MONTEIRO et al., 2007).

Um dos fatores relacionados à vulnerabilidade institucional parte do pressuposto que a deficiência ou o acesso à orientações incorretas sobre DST/aids podem tornar os adolescentes vulneráveis. Os resultados desse estudo evidenciam deficiências, principalmente do sexo masculino, em relação às orientações oriundas da escola e dos serviços de saúde, sugerindo dificuldades desses equipamentos sociais no repasse de orientações aos adolescentes. Os resultados também mostram que os adolescentes conversam pouco com os profissionais de saúde e com os professores, procurando mais os amigos e a família. Franco (2009) relata que conversar sobre sexualidade é mais que transmitir informações, requer que este processo seja internalizado pelos sujeitos para que diante de uma situação de risco ele possa tomar atitude mais coerente, sem riscos. Em nosso entendimento, a escola deve ser vista como espaço de intervenção sobre a sexualidade para realizar orientações aos alunos, sendo um local privilegiado para a promoção da saúde para adolescentes. É absolutamente necessária a atuação da escola na informação sobre sexualidade e DST/aids, minimizando os fatores de riscos mediante orientações pertinentes à realidade dos jovens, como, também, capacitá-los para o amadurecimento da cidadania. Os adolescentes, de uma maneira geral, necessitam ter conhecimentos e habilidades que os auxiliem na adoção de comportamentos que previnam a infecção das DST e do HIV. Algumas características inerentes à faixa etária da adolescência contribuem para sua maior vulnerabilidade

em relação às DST/aids e justificam, portanto, o desenvolvimento de programas de prevenção específicos para a mesma.

Contribuindo para a vulnerabilidade institucional, estudos mostram que profissionais de saúde atribuem como obstáculos para o trabalho de prevenção com adolescentes: a insuficiência de recursos humanos, a ausência de formação profissional nesses temas e a pressão da gestão e dos usuários pela assistência baseada no modelo das consultas individuais do médico e enfermeiro das equipes. (CAPOZZOLO, FORTUNA, MATUMOTO, 2007). Isso reforça a necessidade de ajustes metodológicos, gerenciais e de investimento na ampliação e aperfeiçoamento dos recursos humanos, a fim de alcançar os propósitos do PSE. Para Beserra et al. (2008) é importante a articulação dos serviços de saúde com a escola na prevenção de doenças, pois trata-se de um lugar que favorece a interação dos profissionais com grupos de jovens e a intervenção de outras ações de educação em saúde. A melhoria da atenção em sexualidade na rede básica depende também da capacidade dos serviços em utilizar o potencial das chamadas tecnologias leves: a escuta, a construção do vínculo, o acolhimento, a responsabilização, a ampliação do olhar para além dos aspectos biomédicos, considerando a dimensão psicossocial das demandas que os sujeitos dirigem aos serviços de saúde.

Ainda sobre a vulnerabilidade institucional, no que tange ao acesso ao teste do HIV, os resultados dessa pesquisa revelam que os adolescentes do sexo masculino sabem menos onde realizar o teste. Tal achado fortalece o pouco vínculo entre as famílias e os serviços de saúde encontrada nesse estudo, visto que há pouco conhecimento sobre a oferta dos serviços de saúde por parte dos adolescentes do sexo masculino. Segundo Paiva e Barbosa (2006) o percentual de pessoas testadas vem crescendo significativamente nos últimos anos, contudo a maior parte da população testada é composta por mulheres de 25 a 39 anos, proporção explicada pela incorporação do teste anti-HIV na rotina do pré-natal. Estes dados revelam um avanço importante no acesso da população feminina ao diagnóstico precoce do HIV/aids, mas também sugerem que os homens não estão sendo atingidos.

Apesar de todas as iniciativas científicas e governamentais no sentido de oferecer acesso ao tratamento e aos medicamentos, a prevenção da infecção pelo HIV/aids ainda constitui-se o grande desafio, que merece mais estudos e reflexões. Compreendemos que a redução da expansão da epidemia da aids depende da disseminação de informações corretas e da

possibilidade dos indivíduos nelas se reconhecerem, usando-as para sua proteção. Para tanto, faz-se necessário a utilização apropriada do espaço escolar para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde dos adolescentes com a incorporação da linguagem da vulnerabilidade no trabalho prático e diário dos profissionais da educação e saúde para que identifiquem os fatores individuais, sociais e institucionais que possam contribuir para uma maior ou menor vulnerabilidade dos adolescentes, auxiliando na intervenção conforme o estado de vulnerabilidade apresentado.

Nesse estudo, analisando-se as variáveis por planos de vulnerabilidades, percebeu-se que os fatores institucionais se apresentam em maior proporção em relação às demais, podendo-se assim dizer que os adolescentes participantes dessa pesquisa apresentaram maior vulnerabilidade institucional, no entanto ressaltamos a influência dos fatores individuais e sociais, haja vista a interdependência entre os diferentes aspectos de vulnerabilidade.

## 7 CONCLUSÃO

Essa pesquisa possibilitou uma aproximação sobre a realidade dos adolescentes de Maracanaú-CE, com o olhar sobre a situação de vulnerabilidade para o HIV/aids, em ambientes escolares com o Programa Saúde na Escola instituído.

O contato com os adolescentes foi significativo para analisar e apreender o objeto de estudo apresentados na caracterização dos adolescentes quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos, na percepção das situações de vulnerabilidade a que estão expostos e na identificação das vulnerabilidades conforme os planos individual, social e institucional.

Ressaltamos a ocorrência de algumas limitações em relação à coleta de dados empregada neste estudo, pois foi mediado por um questionário, por meio do qual se obtêm informações pela observação indireta. Compreendemos que novas pesquisas abordando os adolescentes em contexto de grupos focais complementariam a compreensão da vulnerabilidade diante do HIV/aids.

Essa casuística revelou maior situação de vulnerabilidade entre adolescentes do sexo masculino, sobre os seguintes aspectos da vulnerabilidade individual: conhecimento sobre aids e sua transmissão, práticas de sexo inseguro traduzida pelo não uso de preservativos em todas relações sexuais, não conversar sobre aids, início da vida sexual; da vulnerabilidade social: conversam menos com amigos e famílias sobre aids; vulnerabilidade institucional: desconhecem vínculo entre a família e os serviços de saúde, sabem menos onde realizar o teste para detecção do HIV, recebem menos orientação sobre aids oriunda da escola e dos serviços de saúde e conversam menos com o professor e profissional de saúde.

Os fatores relacionados à vulnerabilidade institucional apresentaram nesse estudo maior proporção em relação às demais, indicando falhas estruturais na iniciativa do PSE, fazendo-se necessárias intervenções preventivas efetivas através de estratégias educativas em saúde baseadas em métodos dialógicos e construtivistas, favorecendo principalmente o protagonismo dos adolescentes. Apenas as informações e as mudanças de comportamentos

individuais não são suficientes para conter a epidemia da aids. É necessário conhecer quais vulnerabilidades estão implicadas no processo saúde doença do indivíduo, para identificar suas necessidades e desenvolver meios que lhe favoreça maior proteção por meio da incorporação do termo vulnerabilidade no trabalho prático, diário, dos trabalhadores e serviços de saúde e escolar.

## 8. RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo indicam e sugerem as seguintes recomendações:

1. Articulação entre os setores saúde e educação, a fim de intensificar as estratégias de educação em saúde utilizando metodologia dialógica e construtivista junto ao PSE.
2. Capacitações (Educação Permanente) dos professores e profissionais de saúde para aquisição de novos conhecimentos e recursos capazes de subsidiar e seu processo de trabalho.
3. Sensibilização e compromisso do coordenador, educador e profissional de saúde do PSE para caminhar mais próximo aos alunos.
4. Integração entre professores e profissionais de saúde para avaliação continuada dos propósitos do PSE.
5. Expansão entre PSE e as famílias, reforçando os laços entre pais, profissionais de saúde e educadores, observando os contextos geradores de vulnerabilidades entre adolescentes.
6. Ampliar a atuação em saúde das Equipes de Saúde da Família que atendam as necessidades reais das comunidades e realizem diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais de maneira participativa, a fim de reconstruir e direcionar as práticas de saúde às necessidades, particularmente entre adolescentes.
7. Articulação do Grupo Gestor do PSE para avaliação, acompanhamento e monitoramento dos planos das estratégias de ação, objetivos e metas a serem alcançadas pelo PSE.
8. É importante que as equipes registrem as avaliações realizadas para que estes dados possam ser analisados e permitam o monitoramento da situação de saúde dos estudantes, pois o conhecimento da situação de saúde é importante elemento para o planejamento das ações pelo grupo técnico.

9. Os profissionais das equipes, juntamente com os professores, devem ofertar condutas e intervenções que aumentem a capacidade de um ambiente escolar saudável, promovendo o acesso à informação e oportunizando escolhas saudáveis e habilidades para que os alunos, suas famílias vivam melhor.
  
10. Maior compreensão das percepções e dos comportamentos relacionados à vulnerabilidade dos adolescentes no que se refere à transmissão do HIV, estabelecendo relações entre o adoecimento individual e o contexto sociocultural, possibilitando assim, reavaliar as práticas e redimensionar o planejamento de ações voltadas para as problemáticas apresentadas nas várias áreas pesquisadas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. C. H de; CENTA, M. de L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta paul. Enferm.** 2009, vol.22, n.1, p. 71-6.

AMARAL, A. C. G. O uso do álcool e a vulnerabilidade à Aids: estudo com adolescentes gaúchos e paraibanos. **Dissertação de mestrado**. Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba; 2008.

ANDALRAFT, J. N. Comportamento sexual na adolescência. O papel da anticoncepção de emergência. **Jornal da SOGIA – BR**, São Paulo: v.4, n.6, p.8-10, mar. 2003.

ANTUNES, M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V. STALL, R. HEARST, N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 88-95, ago. 2002.

AYRES, J. R. C. M. **HIV, AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, 1996: p. 5.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS G.; SALLETI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA R, PARKER R, organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

AYRES, J. R. C. M. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: **AIDS e escola**. São Paulo: Cortez, 2000. 24p.

AYRES, J. R. C. M. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: Pinto T, Telles, IS. **AIDS e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS**. São Paulo: Cortez; 2000 p.21-28.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o Risco - Para compreender a epidemiologia**. 2 ed São Paulo: HUCITEC. 2002. 237 p. 3.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios In: CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoções da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.p.117-140.

ASINELLI-LUZ, A.; FERNANDES JUNIOR, N. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/AIDS. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2, p. 81-87, maio/ago. 2008.

AZEVEDO, R. L. W. Aspectos Psicossociais da Sexualidade de Adolescentes Associada à Vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Dissertação de Mestrado**. Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba; 2007.

BASTOS, N. M. G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 3. ed. Fortaleza, 2005.

BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. D. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuição para a prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v.13. n.4 Rio de Janeiro. Out/Dez.2009.

BECKER, D. **O que é adolescência?** 13. ed. São Paulo-SP: Brasiliense, 2005

BESERRA, E. P. B, PINHEIRO, P. N. C., ALVES, M. D. S., BARROSO, M.G.T. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. **DST- J Bras Doenças Sex Transm** 2008; 20(1): 32-35.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 499-507, mar./abr., 2005.

BRACONNIER, A.; MARCELLI, D. **As mil faces da adolescência**. Climepsi Editores. Lisboa. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): MS; 1996.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno juventude saúde e desenvolvimento**, v.1, Brasília: agosto 1999, p.206-211.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde um direito de adolescentes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. **Boletim epidemiológico – AIDS e DST.** Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: MS, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras da Saúde: experiências do Brasil.** Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/AIDS.** Brasília: MS, 2006c.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Diário Oficial da União, poder Executivo, dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para Implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos** Brasília: MS, 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direitos de todos: 2008-2011**. Brasília: MS, 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: MS, 2008c

BRASIL, Presidência da República. **Portaria nº 1.8616, de 24 de setembro de 2008**. Diário Oficial da União, poder Executivo, set. 2008d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**, Brasília: MS, 2008e.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Saúde na Escola. n.24 Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Brasília: MS, 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Avanços e desafios na prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais**. Brasília: MS, nov., 2010.

BRASIL, Ministério da Educação. **Portaria Ministerial nº 17 e Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010**. Jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília: MS, 2011.

BUNCHAFT, A. F.; GONDIM, S. M. G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, maio/agosto 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde, pp. 15-38. In C CZERESNIA & CM FREITAS (orgs.). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2003

CABIÉ, M. C. GAMMER, C. **A adolescência e a crise familiar**. Climepsi Editores. Lisboa,1999.

CAMARGO, BV; BERTOLDO, RB. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, vol.23 n.4. Campinas, Out/Dez. 2006.

CAPOZZOLO, A. A; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. A atenção Básica e a produção do cuidado integral às pessoas em relação às DST e Aids. In: **PAULA, I. A.; GUIBU, I. A. (Org.)**. DST/Aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. p. 56-78.

COSTA, M. **Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento**. Porto Alegre: L & PM, 1997.

COSTA, da J. O. et al. Sexualidade na adolescência: Conhecimentos, atitudes e práticas dos estudantes de Barbacena. In: **Revista GO atual**, Rio de Janeiro: v.12, n.5, p.13-17, maio, 2003.

DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/CE.def>. Acesso em 05/02/2012.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. **In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. V. 3, p.49-76

FRANCO, J.G.L. Risco de saúde e vulnerabilidades em adolescentes: percepções e perspectivas de promoção da saúde. **Dissertação de Mestrado**. Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual do Ceará, Ceará; 2009.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça, e geração. **Saúde Social**. São Paulo, v.19.supl.2.p.9-20.2010.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; HAYASHIDA, M.; DUARTE, G.; MACHADO, A. A. Medidas preventivas contra a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7,n.1,p.7-11,Jan.1999.

GONÇALVES, H. B.; GIGANTE, D. P.; MINTEN, D. P.; HORTA, G. C.; HORTA, B.L.; VICTORA, C.G., et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública** 2008; 42:34-41.

GUIMARÃES, J.L.; GODINHO, P.H.; CRUZ,R.; KAPPANN,J.I.; TOSTA JUNIOR, L.A. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. **Rev. Saúde Pública**, vol.38 no.1 São Paulo Feb. 2004.

HEIDEMANN M. **Adolescência e Saúde**: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes; 2006.

HUGO, T. D. O.; MAIER, V. T.; JANSEN, K.; RODRIGUES, C. E. G.; CRUZEIRO, A. L. S.; ORES, L. C.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R.; SOUZA, L. D. M. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v.27. n.1. p. 2207-2214, Nov, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/14.pdf>> Acesso em 03 de janeiro de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais**. 2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP\\_2009\\_TCU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf). Acesso em: 16 nov. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostragem de domicílios – PINAD**, 2009.

JEOLÁS, L. S. **Imaginário do risco da aids entre jovens: vulnerabilidade e prevenção**. Disponível em: < <http://www.asbrabr.com.br/opiniaodet>>. Acesso em: 7 de out. de 2011. Associação Brasileira de Adolescência.

JIMÉNEZ, A. L.; GOTLIEB, S. L. D.; HARDY, E.; ZANEVELD, L. J. D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:55-62.

.

ISOLANN, T.B.; CARVALHO, A.W.; ALMEIDA FILHO, G.L.; PASSOS, M.R.L.; BRAVOS, R.S.; PINHEIROS, V.M.S. Perfil do Atendimento as adolescente no setor de DST da Universidade Federal Fluminense . **J. Bras DST**, v.13, n.4, p.9-30, 2001.

LEOPARD, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: Atural, 2002.

LINHARES, I.M. ; DUARTE G.; GIRALDO P.C; BAGNOLI V.R. DST/AIDS: **Manual de orientação da FEBRASCO**. 10. ed. São Paulo: Ponto, 2004. disponível em < [www.scribd.com/.../Livro-DST-AIDS-Manual-de-Orientacao-Febrasgo](http://www.scribd.com/.../Livro-DST-AIDS-Manual-de-Orientacao-Febrasgo)> acessado em 19 de nov. de 2010.

.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.3, p. 299-312, 2006

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41,supl.2, p.39-46, 2007.

MADKOUR, A. S.; FARHAT, T.; HALPERN, C. T.; GODEAU, E.; GABHAINN, S. N. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. **J Adolesc Health** 2010; 47:389-98.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.. p.76-300, 1993.

MANDU, E. N. T. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. **Revista Adolescer**. Cap. 3, p.59. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revistaadolescer/revista/cap3.1.htm>. Acesso em: 13 jun. 2010.

MERCHÁN-HAMANN, E. Grau de informação, atitude e representações sobre o risco e a prevenção de aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 463-479, Jul.-Set. 1995.

MONTEIRO, A. I, MEDEIROS, J. D, OLIVEIRA, J. R. Estilo de vida e vulnerabilidade social dos adolescentes no bairro de Felipe Camarão, Natal/ RN, 2005. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n.01, p.176-190, 2007.

MUÑOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12.n.2.Rio de Janeiro. mar/abr.2007. p.319-324.

MUUSS, R. **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte: Interlivros,1976.

MURPHY, D. A.; DURAKO, S. J.; MOSCICKI, A. B.; VERMUND, S. H.; MA, Y.; SCHWARZ, D. F.; MUENZ, L. R. . No change in health risk behaviors over time among HIV

infected adolescents in care: role of psychological distress. **Journal of Adolescent Health** 29S: 57-63, 2001.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLI, L. A. A. Utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Lat-am Enfermagem**, v. 16, n.5, set./out. 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Adolescent Health. Disponível em: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html). Acesso em: 19 nov. 2009.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOSA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.4.supl.São Paulo, p. 109-119.abril, 2006.

PAULILO, M. A. S.; BELO, M. G. D. **Jovens no contexto contemporâneo: Vulnerabilidade, Risco e Violência**. Disponível em: <[http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v4n2\\_marilia.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n2_marilia.htm)> acesso:--- jun 2010.

PAULILO, M.A.S.; JEOLÁS, L. S. AIDS, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 175-184, 2005.

PIROTTA, K. C. M.; SCHO, R. N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública, estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.282-290, jan./fev., 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T, HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SALDANHA, A. A. W.; CARVALHO, E. A. B.; DINIZ, R. F.; FREITAS, E. S.; FELIX, S.M. F.; SILVA, E. A. A. Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.20, n.1, p. 36-4. 2008.

SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Vulnerabilidade ao HIV/aids e os Desafios da Prevenção em Comunidades Anfitriãs do Turismo. **Artigo enviado para apresentação no X Encontro Nacional de Turismo com Base Local. GT – Impactos ambientais, sociais e culturais do turismo. UFPB, João Pessoa, 5 a 9 de junho de 2007.**

SÁNCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 2007, p. 319-324.

SILVA, L. S. S., PAIVA, M. S. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 60 anos**, 2006.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v.43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SOUZA, C. T. V. Aspectos conceituais da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, segundo Mann & colaboradores, In: **Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “Programa Rio”**. 2001.p.12-24.

SOUSA, M. C. P.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo,v.17,n.2,p.58-68,2008.

SPRINTHALL, N. E.; COLLINS, A. W. **Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e generos: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.282- 290 jan./fev. 2004a.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev Soc Bras Med Trop**.1, v.37, n.3, 2004b.

TAQUETTE, S.R.; ANDRADE, R.B.; VILHENA, M.N.; PAULA, M. C. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis . **Rev Assoc Med Bra**, vol.51,n.3 São Paulo Mai/Jun, 2005.

TAQUETTE, S. R. Atividade sexual de adolescentes femininas em contextos de pobreza. In: Taquette SR, organizador. **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2009. P.55-66

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: CASTRO, A. MALO, M. **SUS ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 2, p.41-61

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS** epidemic update: special report on HIV prevention. 2007. Disponível em: <[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi\\_update2007\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2007_en.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2009.

TAKAHASHI, R. F. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS. **Tese** (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

TIBA, I. **Adolescência: o despertar do sexo**. Um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações. São Paulo: Ática. São Paulo, 1997.

TRAJMAN, A.; BELO, M. T.; TEIXEIRA, E. G.; DANTAS, V. C. S.; SALMÃO, F. M.; LEDO, A. J. Conhecimento sobre DST/AIDS e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):127-133, jan-fev,2003.

VALADÃO, M. M. **Vulnerabilidade pessoal, programática e social**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.

VIANA, C. D. M. R. Fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade ao câncer de mama em mulheres com HIV/AIDS. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2009.

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

VITIELLO, N. O exercício de sexualidade da adolescência. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.2, n. 1, São Paulo, 1986.

## ANEXO I



WM\_walves4

File Zoom Tools Help

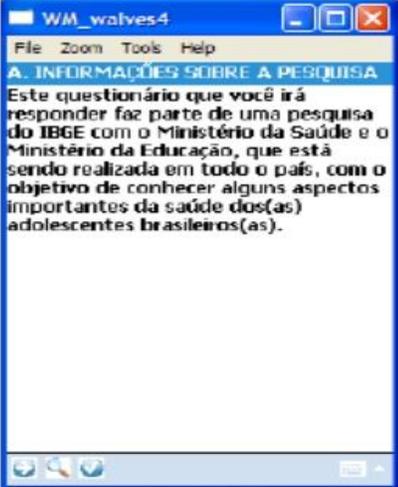
**IBGE** 2.09a

### PeNSE 2009

Usuário:

Senha:

Nº Patrimônio: 00299799

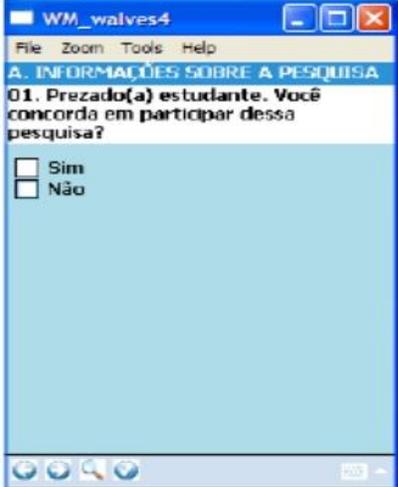


WM\_walves4

File Zoom Tools Help

#### A. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário que você irá responder faz parte de uma pesquisa do IBGE com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que está sendo realizada em todo o país, com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da saúde dos(as) adolescentes brasileiros(as).



WM\_walves4

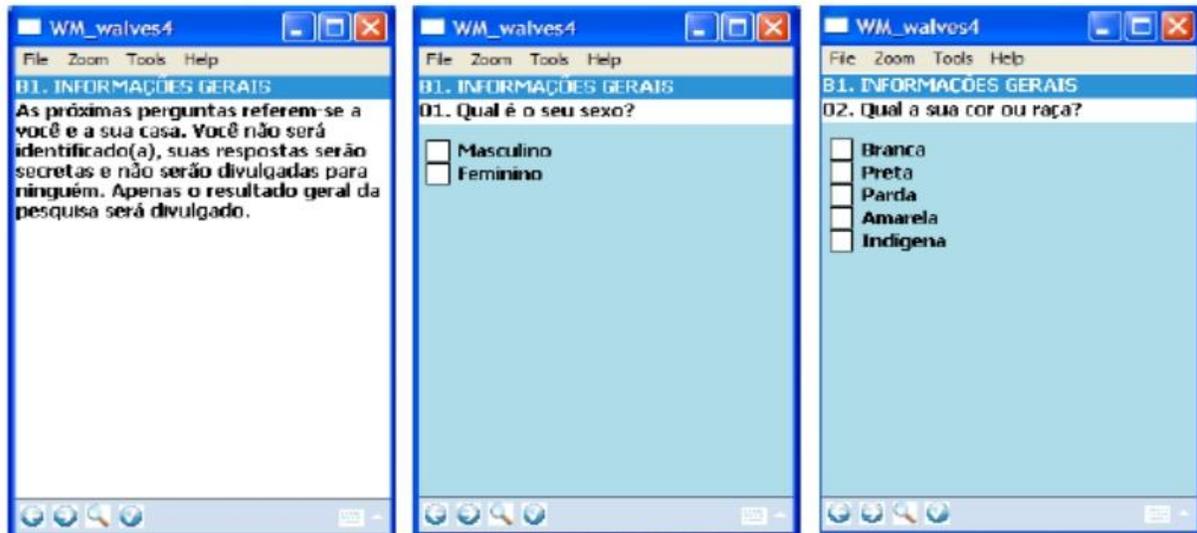
File Zoom Tools Help

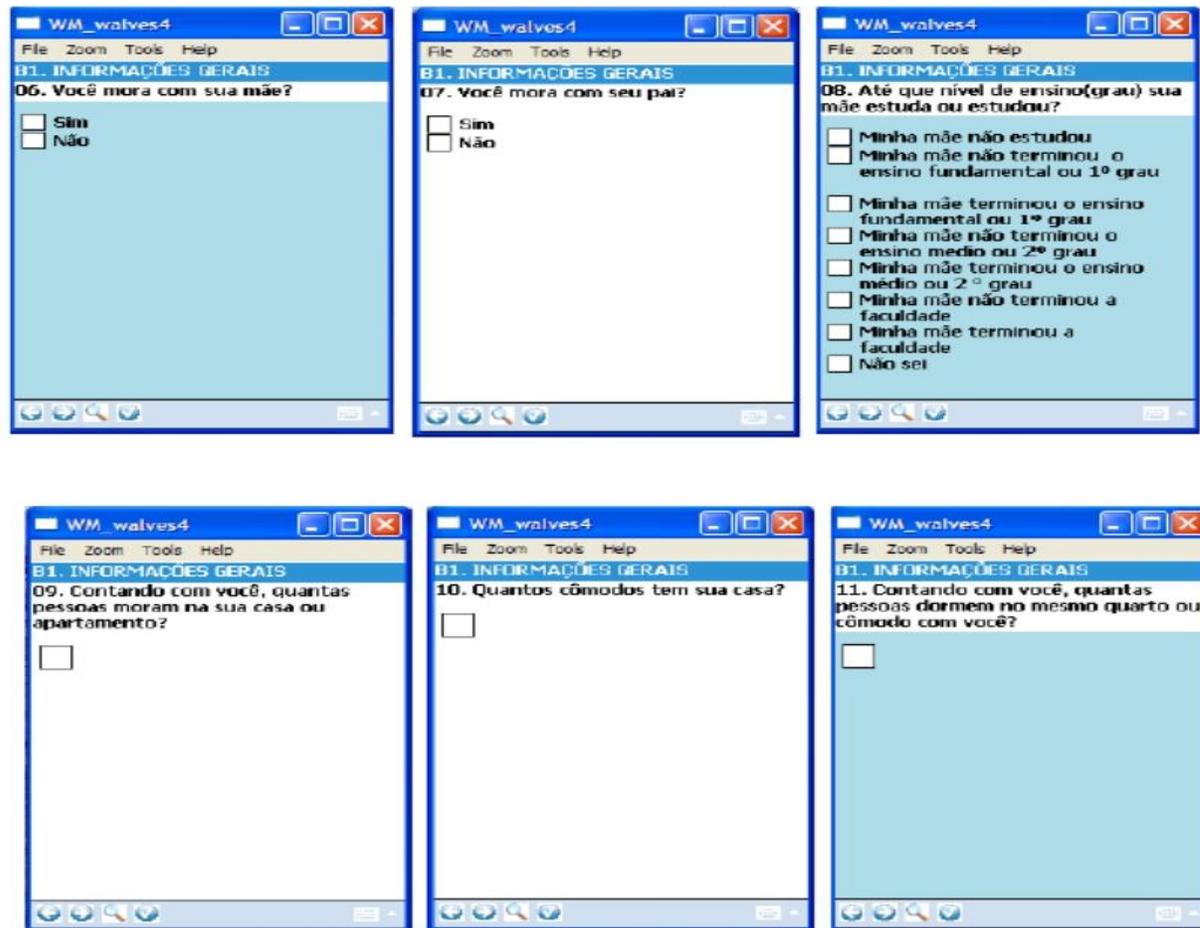
#### A. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

01. Prezado(a) estudante. Você concorda em participar dessa pesquisa?

Sim

Não





[CorelDRAW X3 - Figura11]

WM\_walves4

File Zoom Tools Help

**B7. SAÚDE SEXUAL**

03. Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?

Nunca tive relação sexual na vida

1 pessoa na vida

2 pessoas na vida

3 pessoas na vida

4 pessoas na vida

5 pessoas na vida

6 ou mais pessoas na vida

Não me lembro

WM\_walves4

File Zoom Tools Help

**B7. SAÚDE SEXUAL**

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais(transou)?

Sim

Não

WM\_walves4

File Zoom Tools Help

**B7. SAÚDE SEXUAL**

05. Na última vez que você teve relação sexual(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum método para evitar a gravidez?

Nunca tive relação sexual

Sim

Não

Não sei

WM\_walves4

File Zoom Tools Help

**B7. SAÚDE SEXUAL**

06. Na última vez que você teve relação sexual(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha(preservativo)?

Nunca tive relação sexual

Sim

Não

Não sei

WM\_walves4

File Zoom Tools Help

**B7. SAÚDE SEXUAL**

07. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

Sim

Não

Não sei

WM\_walves4

File Zoom Tools Help

**B7. SAÚDE SEXUAL**

08. Na escola, você já recebeu orientação sobre Aids ou outras Doenças Sexualmente

Sim

Não

Não sei

## ANEXO II

# EU PRECISO FAZER O TESTE DO HIV/AIDS?

## Responda o formulário e confira

Mobilização municipal de Adolescentes e jovens  
pela prevenção da Infecção pelo HIV e pela Aids

Este questionário poderá lhe ajudar a saber como anda a sua vulnerabilidade ao HIV e à Aids. Podem ser assinaladas várias alternativas para cada questão e pode ser que, em alguma questão, você não se encaixe em nenhuma das alternativas. Não precisa colocar seu nome e nem entregar o questionário para ninguém. Quando terminar de responder faça a soma das cores assinaladas e veja sua situação no final do questionário.

### 1. Em meus relacionamentos...

- Já tive relação sexual e usei - ou meu parceiro usou - camisinha, todas as vezes que transei
- Nunca tive relação sexual
- Já tive pelo menos uma relação sexual sem usar camisinha
- Transo quando tenho alguém, mas nunca uso camisinha

### 2. Recentemente conheci alguém interessante, rolou um clima... e deu uma enorme vontade de transar. Ai...

- Transamos usando uma camisinha que a gente tinha à mão
- Quase transamos sem camisinha, mas desistimos
- Acabamos transando sem camisinha
- Não passei por essa situação

### 3. Já tive relações que podem ter aumentado minha exposição ao HIV?

- Tive relações sexuais com pessoas diferentes. Com algumas usei camisinha e com outras não usei
- Só transei com namorada - ou namorado - e não usamos camisinha porque fizemos um pacto de fidelidade
- Nunca vivi nenhuma dessas situações

### 4. A gravidez só acontece quando a gente não faz sexo seguro...

Já passei por isso?

- Nunca fiquei grávida - ou engravidei alguém - porque usei camisinha em todas as relações sexuais que já tive
- Nunca fiquei grávida - ou engravidei alguém - porque uso (ou minha parceira usa) pílula anticoncepcional
- Já fiquei grávida - ou engravidei alguém - mas não fizemos o teste do HIV
- Já fiquei grávida - ou engravidei alguém - e fizemos o teste do HIV
- Nunca vivi nenhuma dessas situações

### 5. As drogas, como o álcool, maconha, cocaína ou outras podem ter aumentado minha exposição ao HIV?

- Costumo beber com meus amigos. Uma vez estava meio alterado/a e quase transei sem camisinha
- Nunca usei droga de nenhum tipo
- Uma vez estava meio alterado/a por causa do álcool - ou alguma outra droga - e acabei transando sem camisinha
- Já usei alguma(s) dessas drogas, mas nunca cheguei a perder o controle por causa disso
- Já usei droga injetável, utilizando a mesma seringa que as outras pessoas
- Já usei droga injetável com seringa e agulha descartável e ninguém utilizou a mesma seringa a mesma seringa
- Nunca vivi nenhuma dessas situações

### 6. Uso os serviços de saúde para prevenir (ou tratar) as doenças sexualmente transmissíveis, o HIV e Aids?

- Não. Nunca fui a médico por causa de questões relacionadas à saúde sexual
- Não. Já tive doenças com corrimento, ferida ou verrugas nos órgãos sexuais, mas não procurei o médico e tratei na farmácia
- Sim. Já tive corrimento, verrugas ou ferida nos órgãos sexuais e tratei depois de fazer consulta médica
- Sim. Faço acompanhamento em um serviço de saúde - de tempos em tempos ou quando tenho algum problema de saúde
- Já tentei, mas não consegui atendimento quando precisei

### 7. Durante uma relação sexual, a camisinha rompeu-se e...

- Não deu pra parar e continuamos a transar mesmo assim
- Substituímos a camisinha rompida por uma nova e continuamos



- Nós lavamos os órgãos genitais, pegamos uma camisinha nova e continuamos
- Estragou tudo e a gente foi embora sem se lavar nem fazer mais nada
- Essa situação nunca aconteceu comigo

#### 8. Acho que a camisinha....

- É fácil de colocar
- Pode ser usada com prazer
- Não precisa ser usada com a pessoa que a gente ama e em quem a gente confia
- Não dá pra usar, pois diminui o prazer
- É boa para evitar filhos, HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis

#### 9. Eu faria o teste do HIV...

- Só para saber, por curiosidade
- Por preocupação com uma situação vivida
- Não faria o teste porque não quero saber o resultado
- Eu faria para descobrir, prevenir e tratar logo



#### 10. Posso contar com outras pessoas pra conversar sobre sexualidade e prevenção?

- Posso. Converso sobre sexualidade e prevenção com pessoas da minha idade
- Posso contar com um médico ou outro profissional de saúde para conversar abertamente sobre assuntos relacionados à sexualidade e a prevenção
- Não tenho nenhum adulto com quem eu me sinta a vontade para conversar sobre este tema
- Posso contar com algum adulto com quem eu convivo porque sei que ele/ela me dá apoio, mesmo quando a gente tem idéias diferentes

#### 11. Tenho facilidade ou dificuldades para conseguir camisinhas?

- Nunca tenho onde conseguir na hora que preciso mas não perco a transa por isso
- Não tenho onde conseguir
- Sempre tenho porque compro na farmácia ou no supermercado
- Às vezes tenho, às vezes não
- Consigo no serviço de saúde, na escola ou em casa
- Só meu parceiro - ou parceira - cuida disso
- Não procuro porque tenho vergonha ou acho que vão pensar mal de mim

## ANEXO III



**Governo do Estado do Ceará**  
**Fundação Universidade Estadual do Ceará**  
**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE**  
 Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi  
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce  
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, 21 de março de 2011.

**IDENTIFICAÇÃO**

**Projeto:** Vulnerabilidade dos Adolescentes à transmissão sexual do HIV: uma análise no contexto do Projeto Saúde na Escola (PSE)

**Processo:** 10725993-1

**FR:** 406931

**Pesquisador responsável:** Sheila Cyrino Câmara.

**Orientadora:** Dafne Paiva Rodrigues

**Instituição:** Universidade Estadual do Ceará – UECE

**Área temática:** saúde na escola

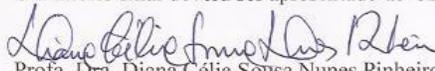
**RESUMO**

O estudo tem como objetivo a identificação das situações de vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV vivenciadas por adolescentes de escolas públicas do ensino fundamental do município de Maracanaú-Ceará. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. O estudo será realizado em 17 (dezesete) escolas públicas municipais do Ensino Fundamental contempladas com o Programa Saúde na Escola localizadas no município de Maracanaú, Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará. A escolha do município foi motivada pelo fato de ter sido contemplado com o PSE. As escolas onde será desenvolvida a pesquisa estão distribuídas em 15 (quinze) bairros e são utilizadas como equipamentos sociais para 15 (quinze) equipes de saúde da família. Todas funcionam nos turnos manhã e tarde, sendo que os alunos que participam do PSE permanecem tempo integral, pois as ações extracurriculares acontecem nos contra turnos, ou seja, no turno em que os alunos não estejam em sala de aula. A técnica utilizada para a coleta será um questionário semi-estruturado e auto aplicado, com múltipla escolha contendo perguntas fechadas, baseadas na Pesquisa Nacional sobre saúde do Escolar (PENSE) realizada pelo IBGE, acrescido de outras perguntas que possibilitarão a identificação dos objetivos propostos. A população do estudo é composta de 377 (trezentos e setenta e sete) alunos de ambos os sexos, devidamente matriculado nas 17 (dezesete) escolas escolhidas ligadas ao PSE. Como critérios de inclusão pede-se que os participantes sejam adolescentes entre dez e 19 anos, com termo de compromisso livre e esclarecido assinado por ele, pais, ou responsável; esta matriculado, frequentando a escola e presente no período da coleta e participar do PSE. O resultado da Pesquisa será apresentado ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará – UECE como requisito para a obtenção do título de Mestre. Foi anexada a folha de rosto que está preenchida adequadamente; Consta Currículo Lattes do pesquisador; Apresenta orçamento ordem de R\$ 2.191,00 (dois mil, cento e noventa e um reais) que será financiado pela pesquisadora; apresenta cronograma e o Termo de consentimento Livre e Esclarecido está adequado.

**PARECER**

O projeto está bem estruturado e é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Diante do exposto, de acordo com as atribuições definidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP

  
 Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro  
 Coordenadora do CEP/UECE



## APÊNDICE A – Questionário

**PESQUISA: VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES À TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

1. Nº da Escola:	Numescvar1
2. Nº do questionário:	Numqesvar2
3. Data: ___/___/___	Datavar3___/___/___
4. Telefone para contato:	
<b>1- ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS</b>	
4. Qual a sua idade (anos completos):	Idadevar4
5. Qual seu sexo: 1( ) M 2( ) F	Sexovar5
6. Qual sua raça/cor: 1( ) Branca 2( ) Preta 3( ) Parda 4( ) Indígena	Raçavar6
7. Qual sua série:	Serievar7
8. Qual seu estado civil: 1( ) Solteiro 2( ) Casado 3( ) União estável 4( ) Outro:	Civilvar8
9. Qual sua religião: 1( ) Católica 2( ) Evangélica 3( ) Nenhuma 4( ) Outra:	Religvar9
10. Você trabalha?: 1( ) Sim 2( ) Não	Trabavar10
11. Com quem você mora: : 1( ) Pai, mãe e irmãos 2( ) Só com pai e irmãos 3( ) Só com a mãe e irmãos 4( ) Com amigos 5( ) Com cônjuge (parceiro fixo) 6( ) Sozinho 7( ) Outro: _____	Moravar11
12. Quantas pessoas moram com você: _____	Numpessvar12
13. Quanto ganha todas as pessoas da sua casa: em R\$ _____ ou em salários mínimos: _____	Rendavar13
14. A sua casa é própria? 1( ) Sim 2( ) Não	Casavar14
15. A sua família está cadastrada na unidade de saúde do seu bairro? 1( ) Sim 2( ) Não 3( ) Não sei	Unidadevar15
<b>2- CONHECIMENTO SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)/ HIV/AIDS E PROGRAMAS VOLTADOS PARA OS ADOLESCENTES</b>	
16. Você sabe o que é DST? 1( ) Sim 2( ) Não	DSTvar16
17. Você sabe como se pega DST/AIDS? 1( ) Sim 2( ) Não	Pegavar17
18. Sua escola já ofereceu orientações sobre sexualidade, DST e AIDS? 1( ) Sim 2( ) Não 3( ) Não sei	Orientvar18
19. A unidade de saúde que atende em seu bairro já ofereceu orientações sobre sexualidade, DST e AIDS? 1( ) Sim 2( ) Não 3( ) Não sei	Unidorientvar19
20. Quem você procura para conversar sobre sexualidade, DST e AIDS? ( <b> você pode marcar mais de uma resposta</b> ): 1. Pessoas da minha idade (amigos): 1( ) Sim 2( ) Não 2. Um médico ou outro profissional de saúde: 1( ) Sim 2( ) Não 3. Alguém da sua família: 1( ) Sim 2( ) Não 4. Professores da sua escola: 1( ) Sim 2( ) Não 5. Não tenho ninguém com quem me sinta à vontade para conversar: 1( ) Sim 2( ) Não	Convevar20
21. Você procurou a unidade de saúde para prevenir ou tratar alguma DST/AIDS? 1. ( ) Não. Nunca fui ao médico por causa de questões relacionadas à DST/AIDS 2. ( ) Não. Já tive doenças com corrimento, ferida ou verrugas nos órgãos sexuais, mas não procurei o médico e tratei na farmácia.	Tratouvar21

<p>3. ( ) Sim. Já tive doenças com corrimento, ferida ou verrugas nos órgãos sexuais, e tratei depois de fazer consulta médica.</p> <p>4. ( ) Sim. Faço acompanhamento em um serviço de saúde e de tempos em tempos ou quando tenho algum problema de saúde.</p> <p>5. ( ) Já tentei, mas não consegui atendimento quando precisei.</p>	
<p>22. Você sabe para que serve a camisinha (preservativo)? <b>(você pode marcar mais de uma resposta)</b></p> <p>1. Prevenir doenças tipo DST/AIDS? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não</p> <p>2. Prevenir gravidez? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não</p> <p>3. Prevenir outras doenças? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não</p>	Uticamitvar22
<p>23. Você faria o teste do HIV?</p> <p>1. ( ) Só para saber, por curiosidade</p> <p>2. ( ) Por preocupação com uma situação vivida</p> <p>3. ( ) Não faria o teste porque não quero saber o resultado</p> <p>4. ( ) Eu faria para descobrir, prevenir e tratar logo</p>	Testevar23
<p>24. Você sabe onde pode fazer o teste do HIV? 1( ) Sim 2( ) Não</p>	Teste2var24
<b>3-PRÁTICAS SEXUAIS</b>	
<p>25. 28. Você já teve relações sexuais (transou) alguma vez? 1( ) Sim 2( ) Não</p>	Transavar25
<p>26. Se sim, quantos anos você tinha quando teve relações sexuais (transou), pela 1ª vez? _____ anos</p>	Transaidvar26
<p>27. Na sua vida com quantas pessoas diferentes você já teve relações sexuais (transou)? _____</p>	Transapessvar27
<p>28. Qual dessas situações já aconteceu com você?</p> <p>1. ( ) Tive relações sexuais com pessoas diferentes. Com algumas usei camisinha e com outras não.</p> <p>2. ( ) Só transei com namorada (o), e não usamos camisinha porque fizemos um pacto de fidelidade.</p> <p>3. ( ) Só transo com pessoas conhecidas e limpas, por isso não uso camisinhas.</p> <p>4. ( ) Em todas as transas, usei camisinha.</p> <p>5. ( ) Não passei por nenhuma dessas situações.</p>	Situacaotvar28
<p>29. Você tem facilidades ou dificuldades para conseguir camisinha?</p> <p>1. ( ) Nunca tenho onde conseguir na hora que preciso, mas não perco a transa por isso</p> <p>2. ( ) Não tenho onde conseguir</p> <p>3. ( ) Sempre tenho porque compro na farmácia ou no supermercado</p> <p>4. ( ) As vezes tenho, às vezes não</p> <p>5. ( ) Consigo no serviço de saúde, na escola ou em casa</p> <p>6. ( ) Só meu parceiro (a), cuida disso</p> <p>7. ( ) Não procuro porque tenho vergonha ou acho que vão pensar mal de mim</p>	Conseguevar29
<p>30. O que você acha da camisinha?</p> <p>1. É fácil de colocar? 1( ) Sim 2( ) Não</p> <p>2. Não sei usar 1( ) Sim 2( ) Não</p> <p>3. Pode ser usada com prazer? 1( ) Sim 2( ) Não</p> <p>4. Não precisa ser usada com a pessoa que a gente ama e em quem se confia? 1( ) Sim 2( ) Não</p> <p>5. Não dá para usar, pois diminui o prazer 1( ) Sim 2( ) Não</p> <p>6. É boa para evitar filhos, DST e HIV? 1( ) Sim 2( ) Não</p>	Achacamistvar30
<p>31. Você já ficou grávida alguma vez? 1( ) Sim 2( ) Não</p>	Gravidavar31

32. Você já engravidou alguma garota? 1( ) Sim 2( ) Não	Gravida2var32
33. Que métodos você conhece para evitar gravidez? 1. Camisinha 1( ) Sim 2( ) Não 2. Pílula 1( ) Sim 2( ) Não 3. DIU 1( ) Sim 2( ) Não 4. Injeção 1( ) Sim 2( ) Não 5. Não transar 1( ) Sim 2( ) Não 6. Outros 1( ) Sim 2( ) Não Se sim, qual: _____	Metodovar33
34. Alguma vez na vida você experimentou/usou alguma droga como álcool, maconha, cocaína ou outras, e com isso tenha corrido risco de contrair uma DST/AIDS?  1. ( ) Costumo beber com meus amigos. Uma vez estava alterado e quase transei sem camisinha 2. ( ) Nunca usei droga de nenhum tipo 3. ( ) Já transei sem camisinha por causa do álcool ou de outras drogas 4. ( ) Já usei alguma dessas drogas, mas nunca cheguei a perder o controle 5. ( ) Já usei droga injetável, utilizando a mesma seringa que as outras pessoas 6. ( ) Já usei droga injetável com seringar e agulhas descartáveis e ninguém utilizou a mesma seringa 7. ( ) Nunca vivi nenhuma dessas situações	Experimvar34

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Sujeito da Pesquisa

Sheila Cyrino Câmara, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “*Vulnerabilidade dos adolescentes à transmissão sexual do HIV: Uma análise no contexto do Programa Saúde na Escola*”. O estudo tem como objetivo a identificação das situações de vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV vivenciadas por adolescentes de escolas públicas do ensino fundamental do município de Maracanaú – CE. Caso você aceite participar deste estudo você terá que responder um questionário com algumas perguntas relacionadas à sua vida e sobre AIDS. Portanto, sua participação é fundamental. Asseguro-lhe total sigilo sobre sua identidade, acesso aos dados e o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento da pesquisa se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você. Os dados coletados serão utilizados para fins de trabalhos científicos. Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para que seja possível aprimorar as ações de promoção da saúde voltadas para os adolescentes. Caso concorde em participar deste estudo, solicito o preenchimento deste termo de consentimento, o qual será preenchido em duas vias, sendo-lhe entregue uma via e assinados por você e ou responsável.

Caso necessite entrar em contato comigo, segue os meus contatos: Fone: Celular (85) 9989-9256 e Residência (85) 3341-0253.

**Termo de Consentimento Pós-Informado**

Tendo sido informado (a) de forma clara e compreensível sobre a pesquisa “*Vulnerabilidade dos adolescentes à transmissão sexual do HIV: Contribuições para o Programa Saúde na Escola*”, da pesquisadora Sheila Cyrino Câmara e orientadora Dafne Paiva Rodrigues, concordo em participar do estudo. Estou ciente que meu nome não será divulgado e que posso retirar meu consentimento a qualquer tempo, sem que isto me cause qualquer prejuízo.

Maracanaú, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Responsável

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Direção da Instituição

Eu, Sheila Cyrino Câmara, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, e membro do grupo técnico do Programa Saúde na Escola (PSE), estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Vulnerabilidade dos adolescentes à transmissão sexual do HIV: Uma análise no contexto do Programa Saúde na Escola” vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

O estudo tem como objetivo geral a identificação das situações de vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV vivenciadas por adolescentes de escolas públicas do ensino fundamental do município de Maracanaú – CE.

Os dados coletados serão utilizados para fins de trabalhos científicos e para servirem de embasamento nas programações das ações de prevenção, desenvolvidas através dos profissionais da Saúde e Educação, junto aos adolescentes das escolas que desenvolvem o programa.

Informamos que a pesquisa não traz riscos à saúde e que o adolescente pode não querer participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer penalidade.

Informamos ainda que o anonimato da identificação do adolescente será preservado. Caso necessite entrar em contato conosco, informamos-lhes abaixo nossos contatos.

SHEILA CYRINO CÂMARA (Pesquisadora) – Fone: (85) 9989-9256/ 3341-0253

Dra. DAFNE PAIVA RODRIGUES (Orientadora) – Fone: (85) 31019806/ 88976038

Tendo sido informado (a) sobre a pesquisa ----, concordo na realização da pesquisa nesta instituição.

-----  
Diretor da Instituição

## APÊNDICE D – PRODUTO



Prefeitura de Maracanã



### **Vulnerabilidade ao HIV/aids entre adolescentes: uma análise no contexto do Programa Saúde na Escola**

Produto originado da dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.

Produzido por:  
Sheila Cyrino Câmara  
Gerente da AVISA VI  
Membro PSE

Orientação:  
Dafne P. Rodrigues  
Profa UECE



## VULNERABILIDADE

Compreende-se vulnerabilidade como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e, também, como o resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que estão relacionados com a maior susceptibilidade para adoecer e, ao mesmo tempo, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. As diferentes situações de vulnerabili-

dade dos sujeitos individuais e coletivos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o institucional, e que articulados entre si, priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas.

***Os adolescentes são naturalmente vulneráveis pelas características intrínsecas à idade.***

Esta pesquisa realizada nas escolas com Programa Saúde na Escola (PSE) implantado objetivou analisar os fatores relacionados à vulnerabilidade para a transmissão sexual do HIV/aids entre adolescentes segundo o sexo, estudantes de escolas públicas de ensino fundamental participantes do PSE de Maracanaú-CE

2

## VULNERABILIDADE E AIDS

No contexto da prevenção da aids, o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado com muita frequência no sentido de fornecer informações para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada pessoa ou cada grupo específico tem de se contaminar ou de se proteger. Nesse sentido, o termo, além de fazer referência a fatores individuais a que levariam uma pessoa ou um grupo a adotar comportamento mais ou menos protegidos perante o vírus da AIDS, também procura analisar aspectos institucionais e sociais que influenciariam a prática do sexo mais ou menos seguro.

Ao pensarmos, nos adolescentes, percebemos esta faixa etária extremamente vulnerável devido às características próprias da idade, à inexperiência em lidar com os seus sentimentos e com os dos parceiros, às precárias fontes de informações e por não possuírem determinadas habilidades: tomada de decisão, assertividade, comunicação e negociação.



Relação das escolas públicas participantes da pesquisa

ESCOLAS
Ana Beatriz
Braz Ribeiro da Silva
Construindo o Saber
Evandro Ayres de Moura
Francisco Barbosa
Herbert de Sousa
João Magalhaes de Oliveira
José de Borba
Jari
Maria Rochelle
Manuel Moreira Lim
Roberto Alves
Rui Barbosa
Sta Edwirges
São José
Tancredo Neves
Vinícios de Morais

Fatores para identificação de vulnerabilidade individual, social e institucional entre adolescentes

Vulnerabilidade individual	Vulnerabilidade social	Vulnerabilidade institucional
Sexo	Raça/cor	Vínculo familiar com a unidade de saúde
Faixa etária	Estado civil	Recebe orientações através da escola e/ou através do serviço de saúde
Religião	Renda familiar	Conversa sobre DST/aids com professor e/ou com profissional de saúde
Falta do conhecimento sobre aids e transmissão	Escolaridade dos pais	Procura da unidade de saúde para prevenção ou tratamento de DST/aids
Práticas de sexo inseguro	Participação em grupo social	Sabe onde fazer o teste de HIV
Exposição à DST/HIV/aids	Conversa com amigos e família sobre DST/aids	
Não conversa sobre DST/aids		
Uso de drogas		
Início precoce de vida sexual		

3

**Os fatores relacionados à vulnerabilidade institucional apresentaram maior proporção, indicando falhas estruturais na iniciativa do PSE.**

**Faz-se necessárias intervenções preventivas e efetivas através de estratégias educativas em saúde baseadas em métodos dialógicos e construtivistas**

## PRINCIPAIS RESULTADOS:

A amostra de adolescentes pesquisados foi de 408 adolescentes, sendo 251 (61,5%) do sexo feminino e 157 (38,5%) do sexo masculino, e faixa etária variando entre 10 a 19 anos. Entre os adolescentes dessa pesquisa, 80 (19,6%) iniciaram vida sexual e 328 (80,4%) que informaram não ter atividade sexual, existindo diferença significativa entre os sexos.

Observou-se diferença significativa (valor *p*) entre os adolescentes do sexo feminino e masculino em relação às variáveis: trabalho, situação da estrutura familiar e a presença de vínculo familiar com os serviços de saúde.

## VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Sobre os fatores relacionados à vulnerabilidade individual foi encontrado diferença significativa entre adolescentes do sexo feminino e masculino em relação ao conhecimento sobre a aids e sua transmissão; em relação à exposição de adquirir HIV por via sexual (uso do preservativo somente em algumas relações sexuais), como também ao fato dos adolescentes não conversarem com ninguém sobre aids. Percebeu-se diferença significativa entre o sexo dos adolescentes em relação ao início da vida sexual.

## VULNERABILIDADE SOCIAL

Na vulnerabilidade social, esse estudo encontrou diferença significativa entre o sexo dos adolescentes em relação a conversar sobre aids com os amigos da mesma idade, em relação com a família. Os adolescentes do sexo masculino conversam menos sobre aids com os amigos e com suas famílias.

## VULNERABILIDADE INSTITUCIONAL

Sobre a vulnerabilidade institucional, diferenças significativas entre o sexo dos adolescentes participantes desse estudo foram percebidas em relação:

- i) ao conhecimento dos adolescentes sobre a existência de vínculo entre a família e os serviços de saúde;
- ii) orientações oferecidas pelas escolas sobre aids e pelos serviços de saúde;
- iii) conversa sobre DST/aids com profissionais de saúde e com o professor;
- iv) pouco conhecimento entre adolescentes do sexo masculino sobre a realização do teste de HIV.



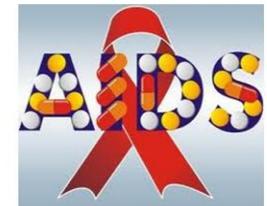
*As intervenções no PSE devem favorecer principalmente o protagonismo dos adolescentes.*

## O QUE PRECISAMOS?

Apenas as informações e as mudanças de comportamentos individuais não são suficientes para conter a epidemia da aids.



É necessário conhecer quais vulnerabilidades estão implicadas no processo saúde doença do indivíduo, para identificar suas necessidades e desenvolver meios que lhe favoreça maior proteção por meio da incorporação do termo vulnerabilidade no trabalho prático, diário, dos trabalhadores e serviços de saúde e escolar.



## SUGERIMOS:



- ♦ Articulação entre os setores saúde e educação, a fim de intensificar as estratégias de educação em saúde utilizando metodologia dialógica e construtivista junto ao PSE.
  - ♦ Capacitações dos professores e profissionais de saúde.
  - ♦ Sensibilização e compromisso do coordenador, educador e profissional de saúde do PSE.
- 
- ♦ Expansão entre PSE e as famílias, reforçando os laços entre pais.
  - ♦ Ampliar a atuação em saúde das Equipes de Saúde da Família, a fim de reconstruir e direcionar as práticas de saúde às necessidades, particularmente entre adolescentes.
  - ♦ Articulação do Grupo Gestor do PSE para avaliação, acompanhamento e monitoramento dos planos das estratégias de ação, objetivos e metas a serem alcançadas pelo PSE.
  - ♦ Os profissionais das equipes, juntamente com os professores, devem ofertar condutas e intervenções que aumentem a capacidade de um ambiente escolar saudável, promovendo o acesso à informação e oportunizando escolhas saudáveis e habilidades para que os alunos, suas famílias vivam melhor.
  - ♦ Maior compreensão das percepções e dos comportamentos relacionados à vulnerabilidade dos adolescentes no que se refere à transmissão do HIV, estabelecendo relações entre o adoecimento individual e o contexto sociocultural, possibilitando assim, reavaliar as práticas e redimensionar o planejamento de ações voltadas para as problemáticas apresentadas nas várias áreas pesquisadas.

