



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Efeitos de intervenção no campo de prevenção do HIV/aids com adolescentes em
privação de liberdade: uma análise na perspectiva da interseccionalidade**

Lara Percílio Santos

Brasília, setembro de 2019



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Efeitos de intervenção no campo de prevenção do HIV/aids com adolescentes em
privação de liberdade: uma análise na perspectiva da interseccionalidade**

Lara Percílio Santos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Professora Dra. Eliane Seidl - PCL/IP/UnB
Coorientador: Professor Dr. Altair José dos Santos – FE/UFG

Brasília, setembro de 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Dissertação de Mestrado avaliada pela seguinte banca examinadora:

Professora Doutora Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Professor Doutor Edgar Merchan-Hamann – Membro
Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília

Professora Doutora Sheila Giardini Murta – Membro
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Professora Doutora Caroline Mota Branco Salles – Suplente
IESB – Centro Universitário

“De vez em quando a lei vai lá para nos atrapalhar”

Sabotage – No Brooklyn

“Se você não liga, não entendeu nada

Vou resolver o problema dessa mina machucada”

Flora Matos – Preta da quebrada

[“*Velho Spencer*: — Eu gostaria de pôr um pouco de juízo nesta sua cabeça, rapaz. Estou tentando ajudá-lo. Estou tentando ajudá-lo, tanto quanto posso.

Holden Caulfield: E estava mesmo, isso a gente podia ver. Mas o caso é que vivíamos em mundos diferentes.”]

O apanhador no campo de centeio – J.D. Salinger

Agradecimentos

À Eliane, pelas trocas que possibilitaram o aprimoramento dos escritos e ideias. Pelo direcionamento, balizador da inevitável angústia na construção da dissertação, e também por acolher, em lição sobre o significado de mestre na relação de ensino.

Ao Altair, pelo tempo de mastigar e digerir. Por impulsionar minhas intenções de movimento em direção às adolescentes em conflito com a lei.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, por uma formação sensível à realidade social no percurso da graduação e da pós-graduação.

Aos professores membros da banca examinadora, Edgar Merchan-Hamann, Sheila Murta e Caroline Salles, pelo tempo dedicado a este trabalho.

Às equipes da Superintendência do Sistema Socioeducativo de Goiás e do Centro de Atendimento Socioeducativo de Goiânia, por possibilitarem a realização deste estudo.

Às adolescentes que participaram desta pesquisa, por compartilharem suas impressões sobre o vivido e sobre o mundo que as cerca.

Ao meu parceiro de vida, Guilherme, pelo prazer compartilhado no dia a dia e o amor nas dissonâncias que reinventam a nossa melodia. Por enriquecer este trabalho com o olhar ancorado em construtiva objetividade.

À minha avó Áurea, pela potência insurgente que me inspira antes mesmo de eu me dar conta que distintas possibilidades de escolha são dadas às mulheres e aos homens. Saudades.

Aos meus pais, Francisco Cezar e Maria Áurea, por me confiarem amorosamente a autonomia de trilhar caminhos próprios. À minha irmã, Júlia, por precisar de poucas palavras para me ensinar tanto. Ao Dermeval, pelo importante e carinhoso suporte ao longo destes dois anos.

À equipe do CEPEA, Camila, Isabela, Rubia, Mariana, Norma, Graciley e Evani, pelo presente da doçura diária e delicadeza da convivência afetiva. Por mostrarem que a reflexão compartilhada é sempre melhor. À Isabela, por me lembrar a importância do percurso. À Mariana Lopes, pela parceria nos encontros com as adolescentes.

À Mariana Rabelo, pela generosa e atenta leitura. Pelas partilhas de inquietações, com inestimáveis contribuições a esta dissertação.

Às queridas amigas e aos queridos amigos, por me proporcionarem a sensação de casa em todas as cidades da jornada.

Resumo

A educação em saúde com as adolescentes em privação de liberdade demanda reconhecimento da interação entre as dimensões de gênero, raça e classe, passível de resultar em distintos quadros de vulnerabilidade para os sujeitos. O Brasil é um país pior para as adolescentes pobres de raça/etnia não branca, cujos corpos, atravessados por práticas sexistas e racistas, sofrem violações de direitos com mais frequência, além de serem preferencialmente selecionadas pelo sistema socioeducativo em comparação às adolescentes brancas. A abordagem à saúde sexual e reprodutiva nesse recorte populacional é, pois, fundamental, de modo que o objetivo desta pesquisa consistiu em avaliar os efeitos de uma intervenção em grupo, no campo de prevenção do HIV/aids, para adolescentes do gênero feminino em cumprimento de medida socioeducativa de internação. A intervenção foi embasada no referencial da metodologia participativa, envolveu recursos e práticas diversificadas - como vídeos e dramatização, além da abordagem às questões de gênero. Contou com duração total de nove horas, divididas em três sessões semanais de três horas cada, e almejou fornecer informações, modificar crenças e atitudes acerca do HIV/aids, bem como promover habilidades comportamentais/sociais de negociação do uso do preservativo às adolescentes. Participaram 13 adolescentes do gênero feminino que, distribuídas em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC), responderam ao instrumento de avaliação sobre conhecimento, crenças e atitudes sobre o sexo seguro, nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção. O delineamento da pesquisa foi quase experimental e a avaliação se deu por análise de dados quantitativa e qualitativa. O GE foi composto por sete adolescentes, com média de idade de 17,5 anos, enquanto o GC foi composto por seis adolescentes, todas com 17 anos. Os principais resultados indicaram impacto positivo no GE para a variável conhecimento, com significância estatística tanto para conhecimento acerca da transmissão do HIV ($p=0,014$), quanto para conhecimento acerca da técnica de uso do preservativo ($p=0,02$); mas não houve efeito nas crenças e atitudes sobre o sexo seguro ($p=0,29$) que, possivelmente, demandam mais tempo de intervenção para que mudanças sejam observadas. A percepção de práticas de risco para infecção pelo HIV prevaleceu nos dois grupos, conforme a descrição das situações de risco vivenciadas em conjunto com os relatos de uso inconsistente do preservativo nas relações sexuais. As principais práticas de risco descritas pelas adolescentes consistiram na manutenção de relações sexuais sem preservativo e com pessoas desconhecidas, de relações em estado de embriaguez ou sob efeito de outras drogas, que podem ocasionar em descuido para com métodos preventivos. A intervenção se mostrou como espaço de escuta da adolescente em sua singularidade, com efeitos positivos para a variável conhecimento e com contribuições ao processo ampliado de prevenção e promoção da saúde de um público imerso em relações de vulnerabilização.

Palavras-chave: justiça juvenil, interseccionalidade, HIV, aids, sistema socioeducativo, sexualidade, prevenção, gênero, vulnerabilidade.

Abstract

The provision of education in health care for Brazilian adolescents undergoing youth detention [‘deprivation of liberty’, in local expression] requires the ability to recognize the interactions among dimensions such as gender, race and social class, which may lead to different forms of vulnerability. Brazil is today a worse place for poor non-white female adolescents, since their bodies are more exposed to sexist and racist practices, and to more frequent violations of rights vis-à-vis white adolescents. Non-white adolescents also undergo correctional [‘socio-educational’, in local expression] measures more frequently than white adolescents. Thus, sexual and reproductive health is an essential approach for working with this group. This study assesses the effects of a group intervention in the field of HIV/AIDS prevention among female adolescents undergoing a correctional regime. Its intervention was based on a participative methodology including diverse resources and practices, such as video presentations and role-playing, in addition to an approach to gender issues. It encompassed a total of nine hours distributed into three weekly three-hour sessions with the adolescents, to obtain information, change beliefs and attitudes regarding HIV/AIDS, and promote behavioral/social skills in terms of negotiating the use of condoms. Thirteen female adolescents were distributed into an experimental and a control group, and filled out a rating scale about knowledge, beliefs and attitudes linked to safe sex before and after the intervention. This is a quasi-experimental research and its evaluation was carried out via both quantitative and qualitative data analyses. The experimental group consisted of seven adolescents with an average age of 17.5 years old, whereas the control group included six adolescents, all of them aged 17 years old. The results point at a positive impact on the experimental group as to the knowledge-variable, with a considerable statistical significance in terms of knowledge about HIV transmission ($p=0.014$) and condom use ($p=0.02$). No effects were observed in the adolescents’ beliefs and attitudes regarding safe sex ($p=0.29$) – which would possibly require a longer time of intervention to be noticeable. The perception of risk behaviors linked to HIV exposure and infection prevailed in both groups, with descriptions of risk behaviors in addition to the participants’ accounts about the inconsistent use of condoms in sexual relations. The main risk behaviors described by them were sex without condoms with unknown persons, and sex while drunk or intoxicated, which could lapse into unprotected relations. The intervention became a space of listening for the adolescents and their singularities, with positive effects for the knowledge-variable and health care contributions in terms of increased prevention and promotion among a target group deeply immersed in vulnerable relations.

Keywords: Youth justice; Intersectionality; HIV; AIDS; Correctional [socio-educational] system; Sexuality; Prevention; Gender; Vulnerability.

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização das Participantes do Grupo Experimental (N=7)	41
Tabela 2 Caracterização das Participantes do Grupo Controle (N=6)	41
Tabela 3 Sequência de Atividades da Oficina, Objetivos, Duração e Materiais Necessários	49
Tabela 4 Frequência de Respostas Acerca da Autopercepção sobre Situações de Risco de Infecção pelo HIV das Adolescentes Participantes	51
Tabela 5 Pontuações sobre Conhecimento Acerca da Transmissão do HIV	53
Tabela 6 Pontuações sobre Conhecimento Acerca da Técnica de Uso do Preservativo	54
Tabela 7 Percentual de Acerto dos Itens de Conhecimento do Questionário por Grupo e Momento de Aplicação	55
Tabela 8 Estatística Descritiva da Variável Crenças e Atitudes sobre o Sexo Seguro	56
Tabela 9 Percentual de respostas acerca de crenças e atitudes sobre sexo seguro no grupo experimental e controle (N=13)	57
Tabela 10 Comparação Intergrupos das Variáveis Conhecimento e Crenças e Atitudes sobre Sexo Seguro, nos Momentos Pré e Pós-teste	59

Lista de Abreviaturas

- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CAAE** - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CASE** - Centro de Atendimento Socioeducativo
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CEPEA** - Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão do Adolescente
- CONANDA** - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
- DP** - Desvio Padrão
- ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente
- GC** - Grupo Controle
- GE** - Grupo Experimental
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS/WHO** - Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*
- PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SINASE** - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNICEF** - Fundo Nacional das Nações Unidas

Sumário

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Abstract	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Abreviaturas	ix
Apresentação	12
Capítulo 1 - Revisão de Literatura	15
1.1 Interseções entre gênero, classe e raça: como é ser adolescente do sexo feminino no Brasil?.....	15
1.2 As adolescentes selecionadas pelo sistema socioeducativo: a quais adolescentes estamos nos referindo?.....	20
1.3 Adolescência, direitos e o sistema socioeducativo.....	21
1.4 Recortes de gênero no sistema socioeducativo	25
1.5 Sexualidade das adolescentes no sistema socioeducativo.....	27
1.6 O conceito de vulnerabilidade.....	29
1.7 HIV/aids	31
1.8 Ações preventivas no contexto do HIV/aids	35
Capítulo 2 - Objetivos	39
2.1 Objetivo geral.....	39
2.2 Objetivos específicos.....	39
Capítulo 3 - Método	40
3.1 Delineamento do estudo	40
3.2 Participantes	40
3.2.1 Participantes do grupo experimental	40
3.2.2 Participantes do grupo controle.....	41
3.3 Local de realização do estudo	41
3.4 Instrumentos e materiais.....	42
3.4.1 Questionário sobre sexualidade e prevenção do HIV: pré-teste	42
3.4.2 Questionário sobre sexualidade e prevenção do HIV: pós-teste	43
3.4.3 Materiais.....	43
3.5 Procedimento de coleta de dados	43
3.6 A intervenção	45
3.6.1 Sessão 1	45

3.6.2 Sessão 2.....	46
3.6.3 Sessão 3.....	47
3.7 Análise dos dados.....	49
Capítulo 4 - Resultados	50
4.1 Sexualidade	50
4.2 Percepção de vantagens e desvantagens de uso da camisinha	52
4.3 Autoavaliação sobre conhecimento em HIV/aids	52
4.4 Conhecimento acerca da transmissão do HIV.....	53
4.5 Conhecimento acerca da técnica de uso do preservativo	54
4.6 Crenças e atitudes sobre o sexo seguro	56
4.7 Comparação intergrupos: GE e GC antes e após a intervenção.....	59
4.8 Avaliação da intervenção pelas adolescentes participantes	60
Capítulo 5 - Discussão.....	61
Capítulo 6 - Considerações Finais.....	70
Referências	71
Anexo 1 - Questionário sobre Sexualidade e Prevenção do HIV	79
Anexo 2 – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	84
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85

Apresentação

O primeiro contato que tive com a adolescência em conflito com a lei se deu no âmbito profissional, no momento em que atuei como psicóloga da equipe técnica de uma unidade de internação do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal. Essa experiência contribuiu para que eu tivesse dimensão da complexa teia de vulnerabilidades a que esses adolescentes estão expostos até chegarem ao cumprimento da medida socioeducativa mais gravosa. Não há como ignorar o fato de que a trajetória infracional de boa parte deles coincide com altos índices de evasão e atraso escolar, além da privação de outros direitos básicos, a exemplo de condições prejudicadas de moradia e saneamento, constatadas nas oportunidades que tive de realizar visitas domiciliares institucionais às famílias e de me aproximar do universo dos adolescentes.

Essa aproximação deixou marcas, também, com o gosto pelo rap, ritmo que me estimulou os sentidos durante a confecção desta dissertação. Minha atenção foi capturada pela perspectiva da narrativa que o rap nacional assume, e pela mudança de perspectiva que essa música também nos inspira a fazer, especialmente pela crítica social e celebração da negritude em seu conteúdo. O rap se mostra como forma de valorizar o protagonismo e a criatividade de uma população imersa em relações de vulnerabilização, comunicando cultura e potencialidades, quesitos essenciais para a integralidade da experiência de saúde. É uma manifestação que nos lembra da importância de se garantir as condições sociais necessárias para que essa expressão seja possível e livre para todas as pessoas.

Atuar como psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de um município do interior do estado de Goiás, no contexto de atendimento a adolescentes com tentativas de suicídio, também me fez deparar com a realidade da violação de direitos de um recorte social específico da população brasileira. As demandas que chegavam ao CAPS convocaram minha escuta para as especificidades de gênero envolvidas no sofrimento psíquico grave, sendo notável a maioria feminina na composição dos grupos terapêuticos. As narrativas nesses grupos,

com frequência, envolviam a exposição a formas de violência de gênero, além da restrição de acesso a direitos como educação e direitos sexuais e reprodutivos.

As experiências no CAPS e no sistema socioeducativo se mesclaram em mim. O objeto de estudo desta dissertação tem sentido na medida em que dialoga com os adolescentes e as adolescentes que conheci em minha trajetória profissional e, principalmente, na forma como modifica meu olhar para eles e elas. Hoje estou vinculada ao Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão do Adolescente (CEPEA/FE/UFG), um contexto que me encoraja pensar a socioeducação na perspectiva da potencialidade e a adolescência como tempo de vitalidade. Tais pressupostos se fizeram base da intervenção aqui realizada, com o intuito de contribuir para o aumento dos níveis de conhecimento acerca de prevenção e transmissão do HIV, para o incremento na percepção de vulnerabilidade ao HIV e para aquisição de crenças e atitudes favoráveis ao sexo seguro pelas adolescentes que cumprem medida de internação.

O primeiro capítulo desta dissertação consiste na revisão de literatura, dividida em oito seções. A primeira versa sobre a assimetria no panorama das adolescências brasileiras, que são várias a depender do gênero, idade, renda e classe dos sujeitos, bem como da forma como interagem essas dimensões. A segunda seção aborda as singularidades da adolescência feminina em conflito com a lei, explorando as similaridades entre as adolescentes selecionadas pelo sistema socioeducativo e as adolescentes que estão mais expostas a privação de direitos fundamentais no Brasil.

A terceira seção aborda o sistema de garantia de direitos fundado na perspectiva da proteção integral, sendo o sistema socioeducativo um dos componentes desse sistema. A quarta seção faz referência à forma como a dimensão identitária do feminino dialoga com o percurso de cumprimento da medida, em uma análise que explora recortes de gênero no universo socioeducativo. A quinta seção versa sobre a sexualidade das adolescentes que cumprem medida de internação, a partir do contexto mais amplo de vulnerabilidades a que estão expostas.

A sexta seção traz a definição de vulnerabilidade, na vertente crítica da literatura que incorpora o diálogo com outras áreas da saúde e com os direitos humanos. A sétima seção explora as características da prevalência de HIV/aids no Brasil, enquanto a oitava focaliza as ações preventivas nos contextos do HIV/aids. Na sequência, estão postos os objetivos da pesquisa no segundo capítulo, bem como os métodos e resultados da intervenção nos capítulos três e quatro. Os capítulos finais desta dissertação consistem na discussão, em que se relacionam os achados provenientes da coleta de dados com a literatura apresentada, e nas considerações finais.

Capítulo 1 - Revisão de Literatura

1.1 Interseções entre gênero, classe e raça: como é ser adolescente do sexo feminino no Brasil?

No contexto da América Latina, de modo geral, e do Brasil, em particular, as mulheres sofrem opressões oriundas de múltiplas fontes, que se entrelaçam na tessitura de violências sobrepostas. O Brasil, detentor da elevada taxa de 4,8 homicídios a cada 100 mil mulheres, é o quinto colocado entre os países que mais matam mulheres no mundo, atrás apenas dos países latino-americanos El Salvador, Colômbia e Guatemala, além da Federação Russa (Weiselfisz, 2015a). Os índices brasileiros crescem em ritmo contínuo, sendo passível de destaque a significativa prevalência da violência doméstica e familiar sofrida pelas vítimas.

As mulheres vítimas de homicídio no país são, em geral, negras, pobres, moradoras da periferia, subjugadas pela agressão caracteristicamente perpetrada no domicílio e por pessoas conhecidas (Mascarenhas et al., 2017; Romio, 2017). A causa da mortalidade e sua dinâmica, no caso da população feminina, revela um conjunto de violações contra as mulheres que justifica o uso do conceito de feminicídio para demarcar as especificidades de gênero envolvidas (Pasinato, 2011). O feminicídio se traduz no processo intencional que ocasiona lesões ou agravos à saúde da mulher e que resultam em sua morte.

Estamos nos referindo a diferentes manifestações de controle sobre a mulher que culminam, no ponto mais extremo, em morte, e são frequentemente motivadas por pedidos de separação, ciúmes e sentimentos de posse (São Paulo, 2018). A ocorrência dessas manifestações não é restrita ao âmbito domiciliar, mas evidencia-se também na forma de violência sexual e reprodutiva, esta última institucionalizada por leis proibitivas transversais aos direitos reprodutivos, com efeitos notáveis nas mortes por aborto (Romio, 2017).

Tal cenário revela que essas mulheres, em geral, vivenciam um ciclo de violências de gênero antes do desfecho fatal (IPEA, 2018), em acordo com um padrão sistemático de violações ao longo das etapas da vida. Ainda que informações sobre violência doméstica e

familiar sejam subnotificados, dados do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Mascarenhas et al. 2017), indicam que o sexo feminino é a principal vítima da violência cometida por pessoa conhecida, e que a violência doméstica é perpetrada, em grande parte, por homens conhecidos (Weiselfisz, 2015a).

Quando o foco é direcionado às adolescentes do país, destaca-se uma realidade que compartilha da condição de subordinação feminina e das violências estruturais, que já estão postas desde o nascimento em conformidade com o recorte de gênero. De maneira similar, a distribuição da morbidade das adolescentes no Brasil revela especificidades da violência baseada em gênero e suas consequências. Na adolescência, bem como nas demais etapas da vida, desde a infância até a velhice, o sexo feminino é o que mais necessita de atendimentos médicos nas unidades da saúde do país em função de violência doméstica, sexual e/ou outras violências sofridas, conforme classificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, do Ministério da Saúde, no ano de 2014.

Weiselfisz (2015a) também coloca em relevo a análise das notificações de atendimento médico em função de violências, por etapa de vida, proporcionalmente aos brasileiros situados em cada uma dessas etapas. A taxa de atendimento mais significativa por essa condição está localizada na faixa etária que corresponde à adolescência, com 18 atendimentos desse tipo para cada 10 mil adolescentes de ambos os sexos. Esses indicadores revelam que a chance de um adolescente, de ambos os sexos, selecionado ao acaso no Brasil, necessitar de atendimento médico por violência sofrida é maior do que a chance de uma criança, adulto ou pessoa idosa, ao acaso, necessitar do mesmo tipo de atendimento. Em se tratando da comparação entre adolescentes do sexo feminino e masculino, a chance de uma menina necessitar desse atendimento é ainda maior do que a de um menino.

Sobretudo no caso da infância e adolescência, a violação dos direitos fundamentais é particularmente preocupante por se tratar de população vulnerável em condição peculiar de desenvolvimento e, portanto, com necessidades específicas de proteção. As restrições advindas

das questões de gênero impostas são numerosas e produzem efeitos danosos ao longo de todo o curso de vida das meninas que são impedidas do acesso à educação por fatores como gravidez na adolescência (Jorge, Fonseca, Silva, & Costa, 2014), trabalho doméstico e casamento precoce (Unicef, 2018a), e que sofrem complicações de saúde em decorrência de gravidez na adolescência (Bouzas, Cader, & Leão, 2014; Brasil, 2018b). As jovens também são vítimas preferenciais do crime relacionado ao tráfico de pessoas entre os estados brasileiros (Zimmerman, Kiss, Hossain, & Watts, 2009), crime esse que guarda relação com uma frequente finalidade de exploração sexual e com um histórico de violências, a exemplo do abuso sexual infantil e da violência doméstica.

Epidemias e contextos de desastres tendem a evidenciar a vulnerabilidade significativa da população adolescente (Unicef, 2018b). No caso, por exemplo, da epidemia por Zika vírus, em que mulheres negras, pobres e sem acesso pleno às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva constituem o segmento mais afetado (Diniz, Gumieri, Bevilacqua, Cook, & Dickens, 2016), destaca-se que a adolescência demanda atenção diferenciada em função da ocorrência usual de gestações não planejadas. Esse aspecto torna a prevenção da epidemia por Zika vírus mais desafiadora para esse recorte populacional (Maynard, Bowman, & Hodge, 2016), inclusive por configurar contexto propício para que a descoberta da malformação fetal ocorra em estágios avançados.

Nas últimas décadas, em contraponto às causas de morte natural, que têm diminuído sobremaneira junto aos adolescentes brasileiros, as causas externas – a exemplo dos homicídios e acidentes –, crescem continuamente. O Brasil ocupa o terceiro lugar entre os países onde mais morrem crianças e adolescentes, considerando a faixa entre 0 a 19 anos de idade, com uma elevada taxa de 54,9 homicídios para cada 100 mil adolescentes situados no recorte específico entre 15 e 19 anos (Weiselfisz, 2015b).

São dignas de nota a causa de morte e as características da maioria das vítimas: trata-se do homicídio da juventude negra do sexo masculino. Faz-se necessário destrinchar as

especificidades das mortes de adolescentes por gênero, por meio da comparação entre os sexos. Os adolescentes do sexo masculino são mortos por outros homens que não fazem parte do ciclo íntimo e familiar, em espaços públicos, sendo mais comum que as mulheres e as adolescentes sofram violência na residência, por agressores conhecidos, como pai, irmão, padrasto e companheiro (Weiselfisz, 2015a). No caso das adolescentes do sexo feminino, as agressões ocorridas no contexto domiciliar são significativamente superiores àquelas sofridas pelo masculino, o que indica a residência como local mais perigoso para as jovens.

Nesse caso, fixar o olhar apenas no número absoluto dos indicadores implica prejuízo a uma análise pormenorizada, mostrando-se essencial a compreensão do significado de cada causa de agravo à saúde na totalidade dos números que se referem à morbimortalidade feminina (Romio, 2017). Os dados apontam a realidade da violação de direitos fundamentais, e indicam situações de violência direta ou de negligência do cuidado que deveria estar sendo destinado às adolescentes. Isso não significa, no entanto, que as famílias sejam núcleos exclusivos de responsabilidade, mas o Estado, a sociedade e demais instituições também o são, com discussão que será oportunamente ampliada na presente dissertação.

Fatores estruturais estão, portanto, no cerne das violações vivenciadas pelas adolescentes, fatores esses envolvidos na condição de vulnerabilidade das jovens, em contraponto à perspectiva simplista que enfatiza a responsabilização individual de práticas motivadas essencialmente por crenças ou comportamentos da pessoa. Há que se considerar a influência dos numerosos determinantes e condicionantes sociais, culturais e econômicos na sujeição das jovens brasileiras a situações de risco, sendo fundamental agregar as interseções entre gênero, raça/etnia e classe na análise da situação da adolescência do sexo feminino.

O conceito de interseccionalidade, surgido no bojo do movimento acadêmico feminista negro norte-americano (Davis, 2016; Paik, 2017) e ampliado no final da década de 1980 (Crenshaw, 1989), é útil nessa direção ao apontar a forma como distintos fatores de opressão operam simultaneamente. A interseccionalidade faz referência ao envolvimento concomitante

e interligado de pertencas identitárias provenientes das variadas dimensões de raça, gênero, classe e geração, nas dinâmicas de poder das relações sociais (Paik, 2017). A interação dessas variadas dimensões de identidade dos sujeitos exige o reconhecimento da impossibilidade de se realizar uma análise segmentada, como se tratassem de blocos separados que não se comunicam. A depender da forma como interagem e se combinam tais dimensões, evidenciam-se quadros distintos quanto ao potencial de vulnerabilidade.

A evolução dos homicídios de mulheres negras entre os anos de 2006 e 2016 aponta a realidade de Goiás como estado brasileiro mais perigoso para mulheres negras, em nível de letalidade, e ilustra essa condição de assimetria, com a pior taxa registrada de homicídios nesse grupo populacional em todo o país (IPEA, 2018). Não só há confirmação de que a taxa de homicídios de mulheres negras (8,5 a cada 100 mil mulheres negras), é extensamente maior que a de mulheres não negras (4,1 a cada 100 mil mulheres não negras), como também se evidencia a tendência de aumento na taxa de homicídios de mulheres negras e queda nas taxas de homicídios entre não negras no estado (IPEA, 2018).

A condição de mulher negra configura cenários mais expressivos de sujeição a riscos quando comparada à condição de mulher não negra em Goiás. Da mesma forma, as meninas adolescentes do estado vivenciam particularidades em função da pertença ao recorte identitário de negritude. Ainda que todas as adolescentes estejam sujeitas às práticas sociais sexistas e heteronormativas, uma parcela específica delas se depara com violências sobrepostas por raça e classe, além da violência de gênero, em suas relações. Ser adolescente branca e de classe econômica favorecida implica correr riscos diferentes, em termos de frequência e modalidade, quando comparado a ser adolescente negra e pobre, sendo tais aspectos imprescindíveis na tentativa de apreender o que configura a adolescência do sexo feminino no Brasil. Essa resposta depende também, portanto, da interação entre os recortes de classe e raça, para além de gênero e idade, uma vez que a realidade de diferentes segmentos populacionais revela a heterogeneidade presente nas variadas formas de adolecer.

1.2 As adolescentes selecionadas pelo sistema socioeducativo: a quais adolescentes estamos nos referindo?

A análise do perfil das adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação no Brasil revela trajetórias alinhadas com o que é possível apreender da ideia expressa por violações sobrepostas. Predominam as adolescentes de cor/raça/etnia não branca; com idade concentrada na faixa etária entre 15 e 17 anos; situação socioeconômica desfavorável; local de moradia em bairros pobres; considerável defasagem escolar, com a maioria cursando entre o 6º e 9º ano do ensino fundamental; expressivo histórico de evasão escolar, além de terem sido, com frequência, vítimas de exploração sexual comercial e de violência sexual. As atividades remuneradas comumente desempenhadas por aquelas com histórico laboral são informais e sem registro em carteira de trabalho, a exemplo de trabalho doméstico, prestação de serviços de babá, garçonne e vendedora (CNJ, 2015).

Diniz e Paiva (2014) identificaram que, entre as mulheres presas no sistema prisional em regime fechado do Distrito Federal, aquelas que passaram por medida socioeducativa de internação na adolescência apresentaram histórico de maior frequência de uso de drogas e de situação de rua e prostituição, além de terem sofrido violência doméstica com maior regularidade. Isso indica que as mulheres que passaram por restrição de liberdade enquanto adolescentes tiveram trajetórias mais marcadas por situações de vulnerabilidade, cujas singularidades evidenciam menos acesso às redes de apoio social e protetivo.

Percebe-se que, ainda que seja passível de destaque o considerável avanço na legislação brasileira, internacionalmente reconhecida como progressista no âmbito da infância e adolescência – conforme discussão que será posteriormente ampliada –, os dados evidenciam que a população de adolescentes do país não foi beneficiada de maneira equânime. O recorte das adolescentes que configuram o escopo desse trabalho faz referência àquelas cujo acesso às políticas públicas é prejudicado, dada à sobreposição de vulnerabilidades a que essas jovens,

pertencentes predominantemente a um conjunto específico de dimensões identitárias interativas, estão expostas.

Na trajetória dessas adolescentes, observa-se a existência da violação concomitante de vários direitos constitucionais, cujos impactos se fazem evidentes ao restringirem escolhas e possibilidades. Restrição que pode ser ilustrada, por exemplo, pelo padrão relacionado ao cenário da exclusão escolar no Brasil. O Centro-Oeste configura a segunda região do país com a maior quantidade de adolescentes na faixa etária de 15 a 17 anos fora da escola (Unicef, 2017a) e, não por acaso, essa se mostra como a faixa etária que coincide com a idade da maioria da adolescência em conflito com a lei (CNJ, 2015). Das crianças e adolescentes que estão fora da escola, mais da metade residem em domicílio cuja renda per capita é de, no máximo, a metade de um salário mínimo (Unicef, 2017a). A exclusão escolar afeta principalmente as camadas mais vulneráveis, população essa que já possui menos acesso a atendimentos de saúde, vacinação e registro civil.

A realidade do país, descrita por indicadores preocupantes no âmbito da infância e adolescência, não nos permite desconsiderar a interseção entre raça/etnia, gênero e classe para entender quem são as adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação. O Brasil se apresenta como um país consideravelmente pior para aquelas adolescentes que configuram um perfil de maior vulnerabilidade social e econômica. São elas a serem vítimas de violência com maior frequência, mais frequentemente privadas de uma variedade de direitos constitucionais e, de forma previsível, também são preferencialmente selecionadas pelo sistema socioeducativo.

1.3 Adolescência, direitos e o sistema socioeducativo

As adolescentes, muitas vezes, têm direitos negados por parte do Estado e dos pais, seja por abuso ou negligência, havendo um equívoco na concepção de que os núcleos familiares são os responsáveis exclusivos pelos comportamentos desviantes da juventude. O passado

escravocrata e oligárquico do país resvala nas relações contemporâneas (Carvalho, 2006), sendo evidente a associação entre violação de direitos fundamentais e a condição de populações marginalizadas em situação de vulnerabilidade. Há que se reconhecer que os fatores de risco familiares atuantes nos contextos da adolescência em conflito com a lei, a exemplo das condições socioeconômicas desfavoráveis e experiência de violência intrafamiliar (Castro & Teodoro, 2014), dizem respeito a um contexto maior de condições, restrições e dificuldades a que as próprias famílias desses adolescentes estão inseridas.

O conceito de privação múltipla (Unicef, 2018c) é útil para se observar o impacto de certas assimetrias na qualidade de vida de mais da metade das crianças e adolescentes no Brasil. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) considerou as dimensões educação, informação, proteção contra o trabalho infantil, moradia, água e saneamento para a análise das condições das crianças e adolescentes brasileiros, a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015. A ausência de um ou mais desses direitos configura a situação de privação múltipla, justamente por se tratar de direitos humanos que devem ser garantidos em conjunto, de forma integrada.

A análise realizada a partir desses critérios levou à alarmante conclusão de que 61% das crianças e adolescentes vivem em situação de pobreza monetária e/ou de privação de direitos no Brasil, sendo a incidência de privações 1,5 vezes maior entre meninas e meninos negros do que entre brancos (Unicef, 2018c). Além disso, observa-se que 39,7% das crianças de até cinco anos de idade possuem os direitos violados, sendo que essas meninas e meninos se tornam mais expostos à privação de direitos à medida que crescem, uma vez que, no caso dos adolescentes entre 14 e 17 anos, 60% têm seus direitos violados (Unicef, 2018c).

É recente, no entanto, o reconhecimento desses indicadores como evidente violação de direitos humanos fundamentais. Nem sempre se reconheceu a necessidade de proteção à população adolescente a partir do pressuposto de que configura população em desenvolvimento com demandas específicas, independentemente da raça/etnia, gênero ou classe em questão. Até

o final da década de 1980, imperava no Brasil a lógica do Código de Menores e a doutrina da situação irregular como guias para a lida do Estado com a infância e adolescência pobres, vistas como ameaça à ordem.

Crianças e adolescentes vulneráveis e desamparados eram tomados como objetos pela legislação, apoiada no equívoco da institucionalização como solução ao complexo problema social posto desde o fim da escravidão, processo que foi marcado por grande lacuna de políticas reparatórias. Tanto os menores que praticavam crimes quanto os menores em situação de abandono eram retidos em instituições totalizantes, caracterizadas por cerceamento de liberdade e rompimento de quaisquer possibilidades de vínculos sociais e familiares (Minas Gerais, 2015).

De forma lenta, houve evolução na legislação concernente à infância e adolescência, entrando em voga a doutrina da proteção integral a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. A legislação brasileira passou a assegurar o reconhecimento de adolescentes enquanto sujeitos de direitos em condição especial, dada a particularidade da fase de transição em que se encontram. Dois anos depois, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) foi promulgado e estabelecido como um marco nacional na transição do paradigma da situação irregular do menor para a doutrina da proteção integral, representando um avanço considerável no arcabouço que fundamenta as decisões judiciais e as práticas do Estado a respeito da infância e juventude no Brasil. Possibilitou-se, a partir daí, tomar as crianças e adolescentes não apenas como objetos de ações repressoras, mas como sujeitos de direitos legalmente garantidos.

O ECA estabeleceu a destinação de medidas protetivas aos adolescentes em situação de vulnerabilidade, e restringiu a privação de liberdade como medida mais gravosa para a hipótese de cometimento de ato infracional. É válido ressaltar que a condição de estar em conflito com a lei não anula direitos fundamentais, de modo que a legislação do socioeducativo também é direcionada por esse avanço de princípios ordenadores. O reconhecimento do direito à

manutenção dos vínculos familiares como premissa das intervenções estatais, bem como a deslegitimação do acolhimento institucional enquanto prioridade de conduta, ilustram a transformação ocorrida no aparato legal (Minas Gerais, 2015).

No âmbito da adolescência em conflito com a lei, é reconhecida a importância da Resolução 113/2006 do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) para a adoção do modelo da proteção integral. Essa resolução formou as bases do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), instituído pela lei 12.954, de 18 de janeiro de 2012, que regulamenta a execução das medidas socioeducativas previstas no ECA. O SINASE é orientado pelo reconhecimento da importância de práticas restaurativas e pedagógicas na lida com o adolescente em conflito com a lei, considerando que esse público se encontra em condição peculiar de desenvolvimento e que práticas essencialmente punitivas apenas contribuem para a manutenção da criminalização de um público notadamente vulnerável (Diniz, 2017).

São seis as medidas socioeducativas, designadas pelo ECA aos adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, e executadas pelo SINASE: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional (Brasil, 1990). Por ser a medida socioeducativa de internação a mais gravosa prevista no ECA, sua aplicação é restrita ao caráter de brevidade e excepcionalidade, apenas nos casos de grave ameaça ou violência à pessoa. A importância dessa ressalva, à luz da doutrina da proteção integral, reside na intenção de que a medida não se restrinja ao caráter punitivo, mas que contribua para a interrupção da trajetória infracional por meio da oferta de incentivos e possibilidades para a construção de trajetórias alternativas de vida a esses jovens.

A realidade, no entanto, revela que o arcabouço teórico que sustenta o paradigma da proteção integral possui reprodução tímida na prática. O que se percebe é que a medida socioeducativa de internação sinaliza uma interrupção brusca na vida das adolescentes, com

suspensão de direitos e foco no confinamento em detrimento do caráter pedagógico (Diniz, 2017). Nem todos os dispositivos previstos na lei funcionam como deveriam e a realidade é de, na maioria das vezes, espaços sucateados e baixo quantitativo de profissionais para lidar com esse contingente.

Os conselhos tutelares, por exemplo, apresentam um processo de implantação lento e deficiente ao longo do tempo, mesmo passados quase trinta anos da sua instituição pelo ECA (Minas Gerais, 2015). As unidades socioeducativas de internação que, conforme a lei, são intituladas como unidades também educacionais, já receberam críticas pertinentes vindas de instituições públicas (CNJ, 2012) e órgãos internacionais (Unicef, 2017b). Existem obstáculos consideráveis a superar para que a trajetória das adolescentes do sistema socioeducativo possa ser considerada digna.

1.4 Recortes de gênero no sistema socioeducativo

As adolescentes representam minoria considerável no universo de jovens que cumprem medida socioeducativa de internação (Brasília, 2018; CNJ, 2012) e, não só, mas também por isso, são atravessadas nesse âmbito pela reprodução do protagonismo masculino a partir de uma lógica sexista (Oliveira, Costa & Camargo, 2018; Moraes & Brêtas, 2016). As unidades de internação exibem estruturas pensadas para o sexo masculino, sem dispor, por exemplo, de um aparato para a amamentação, de condições adequadas para uma adolescente grávida ou para atender a demanda de atenção ginecológica à saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Ainda que a maternidade permeie com frequência o processo socioeducativo com adolescentes do sexo feminino, não há adequação no espaço, sendo possível observar a ausência de locais para receber visita de crianças, bem como a rigidez das normas internas de visitas, que acaba por penalizar também as famílias. A distância entre as adolescentes e suas famílias é outro fator limitante, uma vez que são escassas as unidades socioeducativas mistas ou femininas do país. É digno de nota que o estado de Goiás, apesar de não possuir nenhuma unidade

socioeducativa de internação feminina, é um dos únicos a possuir unidade socioeducativa mista localizada no interior do estado, com quase a totalidade das unidades desse tipo situadas nas capitais brasileiras (CNJ, 2015).

No universo socioeducativo, ainda que represente minoria, a quantidade de meninas em cumprimento de medida apresenta crescimento. De forma geral, as adolescentes internadas por atos mais graves, como homicídio e latrocínio, estão na primeira passagem pelo sistema socioeducativo, enquanto aquelas internadas por crimes análogos ao tráfico de drogas e roubo são marcadas pela reiteração (CNJ, 2015). No contexto da atuação profissional no sistema socioeducativo, é usual a crença de que trabalhar com as jovens é mais difícil quando comparado ao trabalho com os adolescentes do sexo masculino, por serem as manifestações das adolescentes frequentemente interpretadas como descontrole emocional (Bastos & Marin, 2014; CNJ, 2015). Há indícios de que o encaminhamento para a atenção em saúde mental no contexto da adolescência em conflito com a lei seja maior para o sexo feminino (Costa & Silva, 2017).

A adolescente que pratica atos ilícitos é moralmente condenada não só pela ilegalidade do ato, mas também em função do comportamento desviante do que se espera do feminino, que envolve posturas de docilidade, passividade e doação sem ressalvas à função de cuidadora no âmbito domiciliar. A elas recai a responsabilidade no cuidado dos filhos, quando já são mães, e uma causa comum para que muitas delas cumpram medida socioeducativa são os atos infracionais análogos ao crime de tráfico de drogas, que guardam relação com a busca por independência financeira. Boa parte das adolescentes possui familiares ou companheiros que cumprem medida no sistema socioeducativo ou pena no contexto criminal (CNJ, 2015).

Evidentemente, nesse caso, o pensamento interseccional na perspectiva criminal é de grande auxílio para a análise do encarceramento feminino, fenômeno que se caracteriza por ritmo de aumento acelerado no Brasil e no mundo (Germano, Monteiro, & Liberato, 2018). Potter define a criminologia interseccional como “uma abordagem teórica que demanda uma

reflexão crítica sobre as identidades e status interconectados de indivíduos e grupos em relação às suas experiências criminais, ao controle social do crime e quaisquer questões associadas ao crime” (Potter, 2013, p. 305).

No universo feminino adulto, o crescimento de mulheres aprisionadas no sistema penal é marcado pelo perfil majoritário daquelas que se declaram negras ou pardas, com faixa de idade entre 18 e 33 anos, com ensino fundamental incompleto, mães solteiras e que respondem por tráfico de drogas em apreensões feitas com pequena quantidade (Germano et al., 2018). A mulher empobrecida tem dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho e, com frequência, visualiza no tráfico de drogas uma opção de sustento, em um ciclo que expressa sua maior vulnerabilidade ao encarceramento. Refletir sobre esse processo tem importância também pelo fato de que retirar de cena aquela que, muitas vezes, é a provedora do lar, culmina em consequências sociais que impactam toda a família, em especial os filhos.

Desse modo, o conjunto de quem são as adolescentes apreendidas nos remete, de maneira similar, a um fenômeno social amplo que acarreta na criminalização de segmentos específicos da população. O sistema penal e o sistema socioeducativo podem contribuir para a continuidade de um funcionamento que é seletivo e que mantém injustiças sociais. Percebe-se, então, a utilidade de se utilizar a perspectiva interseccional para que o foco seja retirado exclusivamente do indivíduo e possa se voltar ao processo de criminalização desses segmentos.

1.5 Sexualidade das adolescentes no sistema socioeducativo

Por se tratar a adolescência, definida pelo ECA, como a etapa situada entre os 12 e os 18 anos incompletos, de um momento de transição entre ciclos de vida com transformações e descobertas também no âmbito sexual, é fundamental que se reconheça a sexualidade como componente do desenvolvimento integral dos sujeitos. Apesar disso, a vivência da sexualidade pelas adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de internação é, não por acaso, um tema pouco explorado. A escassez de literatura sobre adolescentes infratoras reflete a

invisibilidade do tema da criminalidade feminina e revela a lacuna quanto aos aspectos que versam sobre a sexualidade dessas adolescentes em conflito com a lei.

Assegurar o direito ao exercício seguro e protegido da sexualidade na adolescência se coloca como uma questão de saúde pública, especialmente quando consideramos o retrato da população de adolescentes que cumprem medida socioeducativa no país. A maioria das adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação possui vida sexual ativa, em contextos que configuram exposição a níveis variados de vulnerabilidade, sem contato com ações preventivas adequadas no campo das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da aids. Elas constituem um público propenso a vivência de situações de risco (Davis et al., 2016), possíveis de ocasionar resultados indesejados como a aquisição de IST e ocorrência de gestação não planejada.

É necessário ressaltar que, longe de estar restrita às questões de ordem biológica, a vivência da sexualidade por adolescentes em conflito com a lei é complexa e permeada por elementos diversos. O conceito de sexualidade aqui adotado não se restringe ao início das relações sexuais, mas parte de uma compreensão que agrega outros elementos. A vulnerabilidade, também nesse âmbito, é resultado da interação de fatores variados, a exemplo do comportamento individual, das condições socioeconômicas, questões de gênero e de aspectos culturais (Taquette, 2010), sendo fundamental considerar que há explícita assimetria na vivência da sexualidade por homens e mulheres.

Essa disparidade acarreta consequências na forma como as adolescentes vivenciam desejo e prazer e, especialmente, na assunção de comportamentos de risco no campo das práticas sexuais. No caso dos rapazes, é possível identificar como a vivência da sexualidade integra de maneira mais fluida o imaginário social, em que se associa a liberdade de experimentar como inerente ao gênero masculino (Antunes, Peres, Paiva, & Hearst, 2002). Às mulheres delega-se o papel de objeto, onde o caráter passivo e servil é central na definição normativa de feminilidade, especialmente no campo da sexualidade (Moraes & Brêtas, 2016).

Esse cenário dificulta a adoção de comportamentos de prevenção ao HIV e demais IST, já que as adolescentes são restringidas em sua possibilidade de negociação do uso do preservativo e demais comportamentos que dizem respeito ao seu desejo e conduta sexual (Taquette, 2010).

Apesar dos avanços do ECA, percebe-se que temas acerca da sexualidade e dos direitos sexuais e reprodutivos são restritos nessa legislação a aspectos relacionados à maternidade da adolescente gestante e da proteção contra crimes que envolvam abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes (Moraes & Vitalle, 2012). Tais aspectos são de extrema importância, mas não encerram a temática da sexualidade.

Para além deles, o SINASE endossa o reconhecimento do adolescente como sujeito em desenvolvimento e detentor de direitos sexuais. O artigo 49 da referida legislação (Brasil, 2012) explicita que a disponibilização tanto de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, quanto à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, é direito do adolescente que cumpre medida socioeducativa. O SINASE também versa acerca das diretrizes da atenção integral à saúde do adolescente no contexto socioeducativo, com destaque para a atenção à saúde sexual e reprodutiva e para a prevenção de IST (Artigo 60, inciso IV). O avanço da legislação nesse aspecto é considerável.

Nesse sentido, percebe-se a importância de se colocar em pauta a vivência da sexualidade de adolescentes do sexo feminino em cumprimento de medida socioeducativa de internação, com foco em estratégias de intervenção, à luz da igualdade de gênero e do empoderamento feminino, que promovam a sexualidade segura e previnam a aquisição de IST, a partir da compreensão mais ampla das vulnerabilidades a que está submetido esse público.

1.6 O conceito de vulnerabilidade

O que convém chamar de vulnerabilidade não se restringe ao âmbito do risco individual, mas engloba uma série de condições sociais, econômicas e estruturais que interagem e propiciam contextos de maior ou menor exposição para populações específicas. O conceito de

vulnerabilidade é utilizado desde os primórdios do desenvolvimento do campo de pesquisa sobre HIV/aids, em âmbito internacional (Mann, Tarantola, & Netter, 1993), e faz referência a múltiplos determinantes que se situam em distintas dimensões.

Ricardo Ayres e colaboradores ampliaram a noção de vulnerabilidade no campo da saúde a partir de uma perspectiva crítica, no bojo de estudos sobre a epidemia de aids brasileira, deslocando o foco da epidemiologia clássica para abarcar saberes de outras áreas da saúde, da sociedade civil organizada e dos direitos humanos (Ayres, França, Junqueira, & Saletti, 2003). O contexto de redemocratização e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tornaram a conjuntura brasileira profícua para o enriquecimento desse conceito e para sua interlocução com segmentos diversos da saúde pública e com contextos de outros agravos de saúde que não a aids (Ayres, Paiva, & França, 2012). Tal especificidade conceitual se mostra fundamental ao campo ampliado da saúde, inclusive por evidenciar que vulnerabilidade diz respeito a determinadas condições de risco que podem ser minimizadas (Brasil, 2018d).

A vulnerabilidade ao HIV/aids, por essa perspectiva, dialoga com a localização da população em um cenário específico, sob um prisma que pressupõe o indivíduo em relação com o coletivo. Estão postas, assim, as três dimensões principais de vulnerabilidade: individual, social e programática (Ayres et al., 2003). A vulnerabilidade individual faz referência a aspectos pessoais e subjetivos que ampliam ou reduzem riscos, englobando crenças sobre insumos preventivos, comportamentos em saúde, nível de conhecimento sobre os agravos e formas de prevenção, bem como aspectos genéticos e biológicos.

A vulnerabilidade social expressa particularidades do contexto em que se inserem os sujeitos, a exemplo das condições socioeconômicas da população, das possibilidades de expressão e engajamento político da comunidade, acesso à informação, estruturas sociais que reconheçam e garantam direitos fundamentais, especificidades da cultura e dos costumes sociais. A vulnerabilidade programática, por sua vez, está intimamente relacionada com as políticas públicas e os aparatos institucionais que operam para a prevenção e tratamento dos

processos de adoecimento, incluindo o monitoramento e os esforços para aprimoramento dessas políticas públicas.

Tantos imbricamentos demandam que o sujeito da saúde seja pensado por uma perspectiva relacional, que se distancia das análises compartimentalizadas de indivíduo. Ayres (2001) ressalta a importância de que a compreensão sobre a saúde das populações, enriquecida pelos estudos de vulnerabilidade, inclua a percepção do âmbito social como plano onde se evidencia como as questões de gênero, raça e classe influem nas relações entre as pessoas. As relações de gênero e relações socioeconômicas participam da construção intersubjetiva das identidades e também são, portanto, objeto de interesse ao cuidado em saúde por influenciarem os processos de adoecimento e a possibilidade de resposta a estes.

1.7 HIV/aids

A infecção pelo HIV é um problema de saúde pública, especialmente entre os jovens, já que a aids figura entre as dez principais causas de morte em pessoas com idade entre 10 e 19 anos no mundo (UNAIDS, 2018). As taxas de infecção pelo HIV, que se mostraram em queda expressiva em período anterior, hoje despertam preocupação, a partir de dados recentes que apontam desaceleração da redução de infecção pelo vírus na América Latina (UNAIDS, 2019). No período de 1980 a junho de 2018, foram identificados 926.742 casos de aids no Brasil (Brasil, 2018a), sendo este o país com maior número absoluto de novas infecções pelo HIV na América Latina atualmente. O Brasil também apresenta a terceira maior taxa de aumento entre 2010 e 2018 nesta região do continente, com o equivalente a 21% de aumento dos casos no referido período (UNAIDS, 2019).

É nítido que a prevalência de infecção pelo HIV não obedece a uma distribuição homogênea, seja em termos espaciais entre países no globo ou em relação aos segmentos mais atingidos. A desproporcionalidade do perfil epidemiológico do HIV se evidencia pela prevalência significativamente superior em segmentos populacionais específicos; pelo recorte

etário, já que os novos casos de infecções estão concentrados em jovens de 15 a 24 anos, e pelo recorte racial, sendo a população negra a mais afetada (Brasil, 2018c).

A América Latina se localiza atrás apenas da África Subsaariana e do Sudeste Asiático na classificação de regiões mais afetadas no mundo pelo HIV, com a característica marcante de ser concentrada entre segmentos populacionais vulneráveis, a exemplo de mulheres transgênero e homens que fazem sexo com homens. Esse cenário justifica o direcionamento prioritário da atual política de HIV/aids no Brasil às chamadas populações-chave, definidas como “aquelas que apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV quando comparadas com a população geral, e que têm suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade” (Brasil, 2018c, p.12).

Constituem a população-chave para infecção por HIV no Brasil os seguintes segmentos: pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade. Sabe-se que as populações-chave e seus parceiros representam 65% das novas infecções por HIV na América Latina (UNAIDS, 2019). Além delas, a agenda estratégica do MS (Brasil, 2018c) também ressalta as “populações prioritárias”, cujas vivências de vulnerabilidade despertam necessidade de atenção em função das condições contextuais que incrementam as barreiras e facilitam certa precariedade de recursos. Estão aí incluídos os jovens com idade entre 15 e 29 anos, a população negra, os indígenas e as pessoas que se encontram em situação de rua.

A especificidade do padrão de infecção atual evidencia a necessidade de atuação junto das barreiras socioeconômicas, mas também exige atenção para que ações discriminatórias sejam superadas no âmbito sociocultural a partir de ações afirmativas (López, 2011). A trajetória do enfrentamento da aids explicitou que o combate às desigualdades a que essas populações estão submetidas gera impacto positivo no manejo das IST, no sentido de melhorar os efeitos das ações nesse campo. Assim, o MS brasileiro se orienta pelos esforços de minimizar as desproporcionalidades que acometem as populações-chave e populações prioritárias.

Ao longo da década de 1980, o Brasil vivenciou um aumento expressivo nos registros de casos de aids, em uma dinâmica de distribuição que caracterizou a fase inicial de uma epidemia. A noção de grupos de risco para a infecção por HIV, preconceituosa e excludente, se mostrou insuficiente diante da complexidade do fenômeno. A concepção de comportamento e/ou situação de risco foi privilegiada, com o intuito de minimizar o estigma de segmentos específicos e estimular ações preventivas em toda a população e, posteriormente, foi substituída pela noção de vulnerabilidade, hoje legitimada como consensual (Ayres et al., 2012).

O modelo de tratamento adotado no Brasil possibilitou o acesso gratuito à medicação antirretroviral, fator esse decisivo para o alcance da redução significativa de mortalidade por aids no país (Brasil, 2017). No entanto, apesar da redução de mortes relacionadas ao HIV/aids desde o início da epidemia, a ocorrência de novas infecções por HIV não reduz com a rapidez esperada e atestam que o perfil epidemiológico da doença sofreu alterações.

É notável, por exemplo, o fato de que mulheres heterossexuais em relações monogâmicas constituem grupo crescentemente afetado (Taquette, 2010; Santos, 2016). Os dados indicam aumento de populações vulneráveis, como mulheres negras e pobres, e evidenciam a necessidade de investimentos no campo da prevenção que levem em consideração os recortes de gênero e demais determinantes sociais, culturais e contextuais envolvidos, uma vez que as inequidades de gênero e a violência contra a mulher operam a favor da epidemia de aids.

Os novos casos de aids no Brasil respondem a um padrão de aumento significativamente superior entre as mulheres negras ou pardas, quando comparadas às mulheres brancas (Brasil, 2018a). Isso endossa a importância de ampliar a perspectiva da interseccionalidade no contexto da infecção por HIV, de forma que as práticas preventivas incorporem a redução de estigmas e o empoderamento do segmento de mulheres jovens, negras e pobres (López, 2011, Taquette, 2010).

O uso de drogas não injetáveis, principalmente crack e cocaína, está associado a altas taxas de infecção por HIV, sendo importante considerar essa população como digna de atenção especial por parte das políticas públicas. Esse dado é especialmente relevante quando se considera que o uso de crack é expressivo na América Latina. O uso de drogas não injetáveis também se relaciona com uso menos consistente do preservativo, com menores taxas de realização do teste para o HIV, além de maiores frequências de trocas sexuais. Guimarães et al. (2016) verificaram que a alta frequência de sexo transacional, caracterizado pela troca de sexo por interesses materiais como forma de sustentar o consumo de substâncias alucinógenas, acarreta em aumento nas taxas de transmissão do vírus HIV dentre a população de drogas não injetáveis em Goiás.

Como esperado, as mulheres são mais vulneráveis ao sexo transacional, sendo a prevalência desse comportamento maior entre elas. Para o sexo feminino, a condição de já ter sido vítima de violência sexual aumenta as chances de envolvimento com sexo transacional (Guimarães et al., 2016), sendo pertinente ressaltar que a proporção de novos casos de HIV nas mulheres que já sofreram violência sexual é 1,5 vezes maior do que entre as mulheres não vitimizadas por esse tipo de violência (UNAIDS, 2019). É evidente que, em função da diferença de poder na dinâmica do contato sexual transacional, a mulher seja mais exposta a situações violentas e desconfortáveis, com pouco ou nenhum poder de negociação quanto ao uso de insumos preventivos.

A esse quadro de vulnerabilidades que confluem para a maximização das chances de infecção pelo HIV, soma-se o indício de que adolescentes em conflito com a lei constituem grupo com nível reduzido de conhecimento sobre o vírus da aids (Silva, Guisande, & Cardoso, 2018; Bcheraoui, Zhang, Abram, Teplin, & Sutton, 2015), e que raramente tem acesso a programas de prevenção de agravos no âmbito da sexualidade. Taxas elevadas de IST, incluindo gonorreia, sífilis e infecção pelo HIV foram verificadas em adolescentes infratores em populações estadunidenses (Sattler, 2017; Winkelman, Frank, Binswagner, & Pinals, 2017). É

válido ressaltar que as taxas registradas de IST são subnotificadas em muitas das unidades componentes do sistema socioeducativo brasileiro.

1.8 Ações preventivas no contexto do HIV/aids

Sabe-se que a simples transmissão de informações é insuficiente para promover mudanças de comportamentos desejáveis em saúde. O nível de informação e conhecimento sobre HIV/aids, por exemplo, não necessariamente se traduz na utilização consistente e regular do preservativo nos contatos sexuais (Silva, Guisande, & Cardoso, 2018). Os estudos atuais sobre educação em saúde para prevenção do HIV/aids identificam benefícios em envolver, nas intervenções, práticas que sejam diversificadas, com metodologias ativas, sessões múltiplas, usando recursos que trabalhem a negociação do uso do preservativo, além da abordagem às questões de gênero (Davis et al., 2016; Medina, Negrete, & Montijo, 2016). Destaca-se também a relevância de ações estruturais, como programas de transferência de renda nos contextos de extrema pobreza, já que inequidades econômicas e sociais são fator de risco para a infecção pelo HIV por mulheres jovens (Kilburn et al., 2019).

As intervenções em educação sexual e saúde reprodutiva são comumente baseadas no modelo comportamental, e têm como alvo não só a melhoria no conhecimento sobre transmissão e prevenção de IST, mas também incluem a mudança de atitudes, intenções, comportamentos e normas sociais (Mason-Jones et al., 2016). Os referidos autores propõem um modelo lógico para ilustrar como as intervenções nesse âmbito operam, sublinhando uma cadeia de eventos que se inicia com os fatores influenciadores, seguida dos efeitos intermediários e finalizada com o impacto das intervenções preventivas. Destaca-se que os fatores que influenciam os desfechos em saúde guardam ampla relação com o contexto em que se inserem os sujeitos e com as possibilidades de resposta deles às intervenções, de modo que o modelo lógico reserva lugar para as condições estruturais e sociais que se fazem presentes.

A revisão sistemática realizada por Naranbhai, Karim e Meyer-Weitz (2011) evidenciou que o risco a que está submetida a juventude vulnerável em situação de rua, no âmbito da sexualidade, envolve fatores psicossociais e contextuais, e extrapolam o risco associado apenas às práticas sexuais. Os autores ressaltaram a importância das intervenções com multicomponentes para o alcance de resultados satisfatórios com esse público. Lopez, Bernholc, Chen e Tolley (2016) evidenciaram, a partir de revisão sistemática de literatura, que intervenções efetivas para contracepção na adolescência, com evidência de alta ou moderada qualidade, abordaram prevenção do HIV/IST em conjunto com prevenção da gravidez, em detrimento do foco exclusivo em prevenção da gravidez. Além disso, as intervenções efetivas se caracterizaram como atividades com sessões múltiplas, com metodologias interativas que agregam uma variedade de atividades, além de terem enfatizado uso do preservativo.

Oringanje et al. (2016) incluíram, entre as evidências da revisão sistemática, que apenas as intervenções múltiplas, que conjugam promoção da contracepção com intervenções de educação em saúde, podem reduzir a gravidez não desejada em adolescentes a médio e longo prazo. Intervenções desenhadas com sessões múltiplas e interativas propiciaram engajamento mais satisfatório dos adolescentes de ambos os gêneros, participantes de programas de educação sexual, quando comparado a intervenções didáticas, focadas em palestras pontuais. As intervenções múltiplas são mais eficientes por adotarem estratégias pedagógicas diversificadas e conseguem alcançar fatores causais variados, que não se restringem a pontos específicos.

Percebe-se o alinhamento entre a concepção de intervenções múltiplas, valorizadas pela literatura da área, com o conceito de prevenção combinada, direcionador das ações atuais do MS (Brasil, 2018c). A prevenção combinada faz referência à oferta de diferentes níveis de intervenção em HIV/aids, caracterizada por conjugar intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. Tais achados expressam a multiplicidade dos determinantes implicados nas práticas sexuais e indicam que a estratégia mais acertada se dá, portanto, pela combinação de elementos variados nas intervenções.

Ao considerar a amplitude dos aspectos que permeiam a adoção de comportamentos preventivos de saúde, a metodologia das oficinas participativas integra o escopo das intervenções recomendadas pela literatura no âmbito da prevenção. Tal metodologia se caracteriza por abarcar vivências afetivas, para além dos conteúdos pedagógicos trabalhados. Nesse caso, identifica-se o saber dos participantes para, a partir disso, ampliar a percepção de risco e a abertura para adoção de práticas sexuais seguras (Polejack & Seidl, 2015).

As oficinas têm o objetivo de contemplar demandas e interesses do grupo, auxiliando na elaboração da informação recebida de forma lúdica por meio da utilização de técnicas e dinâmicas grupais diversas que proporcionem um espaço descontraído, respeitoso e livre de julgamentos. As oficinas em grupo na adolescência, etapa da vida em que o vínculo social é marcadamente importante, configuram estratégia de acesso a informações sobre sexualidade, bem como permitem a reflexão e elaboração desses conteúdos (Brasil, 2006).

Especificamente no contexto de prevenção do HIV, as oficinas se caracterizam como ações que objetivam contribuir para o aumento de informações e da percepção de risco de exposição ao vírus, e intencionam aumentar as práticas sexuais seguras e o autocuidado. A partir do momento em que se compreende que a sexualidade humana não se restringe ao ato sexual, é fundamental que as oficinas acerca dessa temática englobem também temas como direitos sexuais, violência contra as mulheres, identidade de gênero, aborto e machismo.

Davis et al. (2016) descreveram a implantação de uma intervenção voltada para a prevenção de IST junto a adolescentes afro-americanas em restrição de liberdade, e referiram a importância de abarcar a influência de fatores externos na vida dessas jovens ao avaliar o processo e resultado da intervenção. Medina et al. (2016), ao avaliarem a eficiência de um programa de promoção de saúde sexual para adolescentes mexicanos do sexo masculino em conflito com a lei, ressaltaram a importância de se abordar papéis de gênero para promover o uso do preservativo.

Entende-se que a medida socioeducativa de internação, que implica privação de liberdade, constitui um contexto propício para a oferta de ações educativas em saúde e de prevenção relacionada ao HIV/aids. As adolescentes que cumprem esse tipo de medida se caracterizam como um grupo que tem dificuldades de acesso por outras portas de entrada no sistema de garantia de direitos. Trata-se de um contexto que sustenta grandes chances de que as adolescentes tenham dificuldade, não apenas de acesso, mas também de permanência nas redes de serviços de saúde, mesmo antes de integrarem o sistema socioeducativo (Silva et al., 2015).

Seidl, Mussi e Faustino (2003) relataram a experiência de ofertar uma intervenção sobre sexualidade e práticas sexuais seguras, em formato de oficina, para adolescentes do sexo masculino em cumprimento de medidas socioeducativas. Os objetivos da intervenção, nos quais se baseiam os objetivos da intervenção proposta nessa pesquisa, se concentram em atualizar conhecimentos sobre prevenção e infecção pelo HIV, em fornecer estímulo à reflexão sobre crenças relacionadas à sexualidade e à vulnerabilidade ao HIV/aids, em desenvolver habilidades para a adoção de práticas sexuais seguras e para a negociação do uso da camisinha. Os autores referem que os adolescentes apresentaram conhecimento satisfatório acerca da prevenção, bem como percepções positivas e atitudes favoráveis ao preservativo (Seidl et al., 2003).

A presente pesquisa objetivou avaliar os efeitos de uma oficina no âmbito da sexualidade e prevenção ao HIV/aids, destinada a adolescentes do gênero feminino que cumpriam medida socioeducativa de internação. A hipótese é que a intervenção poderia contribuir para o aumento dos níveis de conhecimento acerca de prevenção e transmissão do HIV e para aquisição de crenças e atitudes favoráveis ao sexo seguro e ao uso do preservativo nas relações sexuais.

Capítulo 2 - Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar os efeitos de uma intervenção em grupo sobre sexualidade e práticas sexuais seguras para adolescentes do gênero feminino em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das participantes em relação a faixa etária, escolaridade e tempo de internação.
- Avaliar conhecimentos sobre formas de transmissão e prevenção do HIV, atitudes e crenças das participantes, em especial sobre o preservativo como insumo preventivo, nos momentos pré e pós-intervenção, nos grupos experimental e controle.
- Comparar os efeitos da intervenção nos níveis de conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV e em crenças e atitudes sobre práticas sexuais seguras, nos grupos experimental e controle.

Capítulo 3 - Método

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa com desenho quase experimental, com avaliação pré e pós-teste, que contou com a participação de um grupo experimental e um grupo controle. O estudo ocorreu em três fases: avaliação pré-intervenção, intervenção e avaliação pós-intervenção. Apenas o grupo experimental recebeu a intervenção entre o pré-teste e o pós-teste, enquanto o grupo controle recebeu a intervenção após o término das avaliações.

3.2 Participantes

A amostra de participantes foi selecionada por conveniência, formada por 13 adolescentes que cumpriam medida socioeducativa de internação em Goiás. Os critérios para inclusão das participantes no estudo foram: (a) adolescentes do gênero feminino; (b) em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) de Goiânia; (c) com participação voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (d) em condições de responder aos instrumentos de autorrelato sozinha ou com auxílio da pesquisadora.

3.2.1 Participantes do grupo experimental

O grupo experimental foi composto por sete adolescentes, com idades que variaram entre 15 e 18 anos, sendo a média de idade de 17,5 anos. Quatro adolescentes cursavam o 6º ou 7º anos do ensino fundamental, duas adolescentes cursavam o 8º ou 9º anos do ensino fundamental, e apenas uma adolescente estava no ensino médio. Na ocasião da coleta de dados, três das adolescentes do grupo experimental cumpriam medida socioeducativa há mais de seis meses, enquanto quatro adolescentes cumpriam medida há menos de três meses. A Tabela 1 apresenta os dados das adolescentes que participaram do grupo experimental.

Tabela 1.*Caracterização das Participantes do Grupo Experimental (N=7)*

Participante	Idade	Escolaridade	Início da medida
1	17 anos	Ens. Fundamental 6º ou 7º ano	Janeiro/19
2	16 anos	Ensino Médio Incompleto	Outubro/18
3	15 anos	Ens. Fundamental 8º ou 9º ano	Fevereiro/19
4	15 anos	Ens. Fundamental 6º ou 7º ano	Fevereiro/19
5	17 anos	Ens. Fundamental 8º ou 9º ano	Outubro/18
6	16 anos	Ens. Fundamental 6º ou 7º ano	Fevereiro/19
7	18 anos	Ens. Fundamental 6º ou 7º ano	Setembro/18

3.2.2 Participantes do grupo controle

O grupo controle foi caracterizado por maior homogeneidade quanto à idade, uma vez que todas as seis integrantes do grupo tinham 17 anos. Duas adolescentes cursavam entre o 6º e 7º anos do ensino fundamental, duas adolescentes entre o 8º e 9º anos do ensino fundamental, enquanto as outras duas adolescentes cursavam o ensino médio. Três adolescentes cumpriam medida há menos de três meses e outras três adolescentes estavam internadas há mais de seis meses. Os dados principais do grupo controle encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2.*Caracterização das Participantes do Grupo Controle (N=6)*

Participante	Idade	Escolaridade	Início da medida
8	17 anos	Ens. Fundamental 8º ou 9º ano	Outubro/18
9	17 anos	Ensino Médio Incompleto	Junho/18
10	17 anos	Ensino Médio Incompleto	Agosto/18
11	17 anos	Ens. Fundamental 6º ou 7º ano	Março/19
12	17 anos	Ens. Fundamental 8º ou 9º ano	Fevereiro/19
13	17 anos	Ens. Fundamental 6º ou 7º ano	Fevereiro/19

3.3 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado no CASE, uma unidade de internação mista que conta com duas alas designadas ao público feminino. A intervenção com o grupo experimental foi realizada no

pátio de uma das alas femininas, uma espécie de espaço de convivência, separado por portão com tranca, do espaço dos alojamentos-dormitórios. O grupo ocorreu às terças-feiras de 14h às 17h durante os meses de março e abril. A intervenção com o grupo controle foi realizada no pátio da outra ala feminina da unidade, às segundas-feiras de 14h às 17h no mês de abril.

3.4 Instrumentos e materiais

3.4.1 Questionário sobre sexualidade e prevenção do HIV: pré-teste

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário autoaplicável sobre sexualidade e prevenção do HIV (Anexo 1), elaborado para a presente pesquisa, adaptado do estudo de Seidl, Mussi e Faustino (2003) e composto de quatro partes. A parte sociodemográfica do instrumento visou caracterizar a amostra quanto à idade, escolaridade e data de início do cumprimento da medida. Uma segunda parte continha afirmativas para avaliar o nível de conhecimento sobre transmissão do HIV (oito itens) e sobre técnica de uso da camisinha como insumo preventivo (sete itens), mediante a indicação de falsa (zero ponto) ou certa (um ponto). Assim, os pontos foram somados, sendo que cada participante obteve uma pontuação relativa ao seu conhecimento sobre transmissão do HIV, que variou de 0 (nenhum acerto) a 8 (acerto de todas as questões), e conhecimento sobre a técnica de uso da camisinha, que variou de 0 (nenhum acerto) a 7 (acerto de todas as questões).

Preliminarmente, uma questão averiguou a autoavaliação acerca do conhecimento que tinham sobre HIV e aids, mediante as alternativas em escala de cinco pontos: ótimo, bom, regular, precário e ruim. Uma terceira parte abordou temas relativos à sexualidade e práticas sexuais, como idade de início da relação sexual, autopercepção de risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais, uso da camisinha nas relações sexuais e realização do teste sorológico para o diagnóstico do HIV.

A última parte avaliou crenças e atitudes sobre o sexo seguro, contendo 13 itens com resposta em escala Likert de cinco pontos (1 = discordo bastante; 2 = discordo; 3 = nem

concordo nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo bastante). Para a obtenção dos escores, oito questões foram recodificadas (q12, q13, q16, q17, q20, q22, q 23 e q24) e depois procedeu-se à soma dos valores das respostas, que podiam variar de 13 a 65, considerando que escores mais altos representaram crenças e atitudes favoráveis ao uso da camisinha e atitudes voltadas a menor vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Foi analisada a consistência interna da escala, com os 13 itens, e o valor foi igual a 0,60, mostrando-se aceitável, ainda que um pouco baixo pois foi menor que 0,70. Foi realizada a aplicação de teste piloto em momento anterior à coleta de dados, com adolescentes do sexo feminino da mesma faixa etária, para verificar a adequabilidade do instrumento, o que foi confirmado.

3.4.2 Questionário sobre sexualidade e prevenção do HIV: pós-teste

O instrumento do pós-teste consiste no mesmo instrumento aplicado no pré-teste, com exceção da parte sociodemográfica, que dispensa repetição. Além disso, a ênfase se deu nos itens acerca do conhecimento em HIV/aids, crenças e atitudes, de modo que as questões que investigaram a sexualidade das adolescentes tampouco constaram do pós-teste.

3.4.3 Materiais

Foram utilizados para a intervenção materiais de papelaria, como cartolinas, pincéis atômicos, canetas, fita crepe, fotos impressas em papel A4, além do auxílio de um notebook e uma caixa de som para viabilizar a transmissão de conteúdo audiovisual. O ingresso de todos os materiais e equipamentos na unidade foi devidamente autorizado pela direção do CASE.

3.5 Procedimento de coleta de dados

O presente estudo compõe uma das etapas do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Parecer nº 3.210.286 e CAAE 87156218.9.0000.5083), e contou com as aprovações institucionais da Secretaria do

Desenvolvimento Social, responsável pelo sistema socioeducativo do estado de Goiás, e do Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) de Goiânia para ser realizado nessa unidade socioeducativa.

Após aprovação das instituições, no mês de março de 2019, todas as adolescentes em medida de internação no CASE foram convidadas a participar da pesquisa. Após concordância de participação, foram esclarecidos os possíveis riscos e benefícios do estudo e foi solicitado às adolescentes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Àquelas que consentiram, foi frisada a importância da confidencialidade para a pesquisa e assegurado que a instituição não possuiria acesso aos relatos individuais.

Na ocasião da coleta de dados, 17 das 18 adolescentes que cumpriam medida de internação no CASE Goiânia consentiram em participar e foram, então, divididas em dois grupos: grupo controle, com oito adolescentes, e o grupo experimental, com nove adolescentes. O critério solicitado à unidade para a divisão das adolescentes entre os grupos controle e experimental consistiu na idade (para que os dois grupos fossem homogêneos quanto a idade e número de participantes) e na ausência de conflitos entre as participantes de um mesmo grupo. A unidade, por sua vez, indicou a amostra por conveniência a partir da divisão das duas alas femininas pré-existentes.

Ao fim da intervenção, restaram seis adolescentes no grupo controle e sete adolescentes no grupo experimental, totalizando 13 participantes de pesquisa. A perda de participantes se deu em função de ausência por motivo de transferência de unidade, término da medida socioeducativa ou comparecimento a audiências externas no momento da intervenção.

A primeira fase do estudo consistiu na aplicação do pré-teste para os grupos controle e experimental. Os instrumentos foram respondidos pelas adolescentes dentro dos próprios alojamentos, sendo válido ressaltar que cada alojamento comporta uma adolescente individualmente. Na segunda fase, ofertou-se a intervenção, em formato de oficina, apenas ao

grupo experimental. Após a intervenção ofertada ao grupo experimental, ambos os grupos responderam ao pós-teste na terceira fase do estudo, em tempos equivalentes.

O grupo experimental respondeu o pós-teste em aplicação coletiva, mas com respostas individuais, no pátio da ala, após o encerramento do terceiro dia de oficina. O grupo controle respondeu ao pós-teste de modo similar ao momento do pré-teste, individualmente dentro dos alojamentos. Após a finalização da intervenção ao grupo experimental e da aplicação dos questionários, foi oferecida a intervenção ao grupo controle, de maneira que todas as adolescentes da unidade de internação experienciaram a oficina e puderam usufruir dos benefícios advindos da participação.

3.6 A intervenção

O procedimento de intervenção em grupo com duração total de nove horas, dividido em três encontros de três horas cada, foi baseado na oficina sobre sexualidade segura idealizada por Seidl et al. (2003) para o contexto socioeducativo. Os encontros tiveram início no dia 12 de março de 2019 e fim em 24 de abril de 2019, e foram conduzidos por duas facilitadoras treinadas, sendo uma psicóloga e a outra historiadora, ambas pertencentes ao quadro efetivo do CEPEA/FE/UFG. A sequência de atividades incluiu um momento inicial de aquecimento, com uma dinâmica integradora do grupo, um momento intermediário de desenvolvimento das atividades previstas em cada encontro que incluiu a reflexão e processamento da experiência, além de um momento de avaliação sobre o trabalho do dia. A intervenção foi embasada no referencial da metodologia participativa, com base no seguinte planejamento:

3.6.1 Sessão 1

Após aplicação do questionário, com o objetivo de verificar o conhecimento prévio, crenças e atitudes das participantes sobre os temas da intervenção, houve a exposição dos objetivos da oficina para as adolescentes. A sessão teve início com a proposta de apresentação, em que cada participante mencionou ao grupo o nome, a idade e uma característica pessoal que

quisesse compartilhar. As adolescentes se mostraram tímidas no início da atividade, e demonstraram maior conforto no decorrer da proposta.

Posteriormente, foi realizada a dinâmica intitulada “Para mim, sexualidade é...”, em que cada participante se utilizou de fotos dispostas no centro do círculo para auxiliar na expressão do significado de sexualidade para si. Foram selecionadas 22 imagens para a atividade, que exploravam casais, famílias e crianças em situações corriqueiras de trocas afetivas como beijos, abraços, toques, sorrisos e troca de olhares. As fotos selecionadas representavam a diversidade, incluindo pessoas negras, transsexuais, pessoas idosas e com diferentes formatos corporais. As participantes explicaram ao grupo o motivo da eleição da figura, em proposta da escolha de uma imagem por pessoa, sendo estimuladas a pensarem as influências socioculturais e os aspectos de gênero envolvidos na vivência da sexualidade. O recurso das fotos, bem como a síntese dos pontos levantados em cartazes afixados na parede, consistiu em facilitadores para que a comunicação se estabelecesse.

O grupo formulou o próprio conceito de sexualidade, explorando uma multiplicidade de aspectos para além do sexo, em uma discussão em que compareceram palavras como *carinho*, *confiança*, *amizade*, *respeito*, *família* e *afeto*. Também compareceram palavras de cunho negativo, expressas por dor e violência relacionadas à sexualidade, a exemplo de *mágoa*, *lábria*, *estupro* e *abuso*, além de relatos de violência sexual. Ao final do encontro, foi proposta uma avaliação da sessão por meio da marcação de figuras com a representação de expressões faciais diversas, como recurso de tradução dos próprios humores e sentimentos ao final da atividade do primeiro dia.

3.6.2 Sessão 2

A sessão foi iniciada com a recapitulação dos pontos principais trabalhados na semana anterior. Então, as participantes foram convidadas a dividirem-se em subgrupos para responderem questões relacionadas ao HIV e à aids, registrando em cartazes as respostas às seguintes perguntas: “o que é HIV/aids”, “como se transmite” e “como se previne”. Cerca de

cinco minutos foram oferecidos para que os subgrupos respondessem às perguntas e, sob comando e indicação das facilitadoras, os cartazes foram trocados de modo que os subgrupos pudessem contribuir e registrar respostas nos três cartazes.

Os cartazes foram utilizados como forma de levantar previamente o conhecimento do grupo, conforme concepção de metodologia ativa, de modo que as discussões partiram das experiências das participantes. A partir da identificação do conhecimento e crenças das adolescentes, por meio da construção dos cartazes, foi realizada uma exposição dialogada com o objetivo de atualizar os conhecimentos acerca do HIV, as formas de transmissão e prevenção.

Após a dinâmica dos cartazes, a dinâmica “contatos sexuais” foi realizada com a utilização de música e de cartões com símbolos que representavam a utilização do preservativo em contextos de risco. A atividade lúdica se propõe a facilitar a compreensão da cadeia de transmissão do HIV e introduzir a discussão sobre vulnerabilidade e uso do preservativo enquanto estratégia concreta e de baixo custo para evitar a transmissão do HIV e outras IST.

No terceiro momento, houve a demonstração da técnica correta para uso do preservativo masculino e feminino com o auxílio de uma prótese peniana de borracha. As adolescentes foram convidadas a demonstrarem elas mesmas a forma de manejar os preservativos, o que constituiu oportunidade para que eventuais equívocos fossem pontuados e corrigidos pelo grupo e pelas facilitadoras. A sessão foi finalizada com a entrega de materiais educativos e com a avaliação por meio da marcação das figuras com a representação de expressões faciais em referência ao humor e sentimentos.

3.6.3 Sessão 3

A sessão foi iniciada com a dinâmica de integração intitulada “cumprimento criativo”, em que as participantes foram convidadas a andar conforme ritmo da música e a cumprimentar as colegas com partes não usuais do corpo (cotovelo, ombro, joelho etc.), a partir de instruções das facilitadoras. A tônica do terceiro encontro foi o estímulo às habilidades de negociação para

uso do preservativo. Foi, então, proposta uma dinâmica com o auxílio de frases que exprimiam crenças negativas acerca do preservativo e posterior comando para que as adolescentes, divididas em duplas, dramatizassem respostas criativas com valorização aos aspetos protetivos e positivos da camisinha, visando o sexo seguro. Foi ressaltado que sempre que o exercício da sexualidade envolvesse duas pessoas, havia necessidade de diálogo para verificar o consentimento entre as partes, e negociação para que as individualidades fossem respeitadas.

Houve a oportunidade de desconstruir a crença manifesta pelas adolescentes de que o preservativo disponibilizado nos postos de saúde é de pior qualidade quando comparado aos comercializados nas farmácias. Com o intuito de diversificar as mídias utilizadas, também foram utilizados três vídeos de curta duração como recursos audiovisuais. Dois dos vídeos foram provenientes da campanha “eladecide.org”, e trouxeram considerações sobre sexo, escolha e consciência a partir da perspectiva de mulheres. O terceiro vídeo consistiu em uma mídia digital do canal *Youtube* em que o médico psiquiatra Jairo Bouer responde dúvidas sobre sexualidade com foco no uso do preservativo.

As adolescentes compartilharam impressões sobre o conteúdo dos vídeos, e uma delas pontuou a importância dos espaços de troca entre mulheres. O dia da oficina foi finalizado com avaliação da sessão por meio dos indicadores “que bom”, “que pena”, “que tal”, em que os participantes ressaltaram pontos positivos, negativos e sugestões para a condução de futuras intervenções. As três sessões da oficina estão resumidas na Tabela 3.

Tabela 3.

Sequência de Atividades da Oficina, Objetivos, Duração e Materiais Necessários

Sessão	Objetivos das sessões	Duração	Materiais necessários
1 ^a	Refletir e debater sobre sexualidade, gênero, papéis de gênero.	3 horas	Recortes de revistas e fotos retiradas da internet, cartazes, caneta hidrográfica
2 ^a	Atualizar conhecimentos sobre HIV e a aids, com foco nas formas de transmissão e prevenção.	3 horas	Cartazes, caneta hidrográfica, preservativos masculino e feminino, prótese peniana de borracha, material impresso.
3 ^a	Desenvolver habilidades de negociação para uso dos preservativos masculino e feminino; desconstruir mitos sobre o preservativo.	3 horas	Material impresso, cartazes, caneta hidrográfica, computador, caixa de som.

3.7 Análise dos dados

Os dados de natureza quantitativa foram analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para Windows, utilizando estatística descritiva e inferencial. Foram efetuadas as frequências das variáveis categóricas, escores das questões sobre conhecimento (erros e acertos) e escores da escala de crenças e atitudes sobre sexo seguro.

Para comparação dos grupos, nas fases pré e pós-teste, optou-se pela utilização de testes não-paramétricos em função do baixo número de participantes (Field, 2009). O teste de Wilcoxon foi utilizado para avaliar a existência de diferenças entre os momentos pré e pós do GE e do GC com relação ao conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção do HIV e crenças e atitudes. O teste de Mann-Whitney para amostras independentes foi aplicado para proceder à análise intergrupos, tanto no pré-teste quanto no pós-teste. O nível de significância foi de 5%.

Foi realizada análise qualitativa a partir do conteúdo da pergunta aberta sobre vantagens e desvantagens do uso da camisinha mediante categorização das respostas, com base no referencial de Bardin (2006).

Capítulo 4 - Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados das avaliações nos contextos do pré-teste e pós-teste, para os grupos experimental e controle. Os dados referentes às questões que versam sobre a sexualidade das adolescentes são apresentados em primeiro lugar, e incluem itens acerca da idade de início das relações sexuais, status de relacionamento afetivo-sexual, orientação sexual, uso da camisinha nas relações sexuais, percepção sobre situações de risco para infecção pelo HIV e realização prévia do teste anti-HIV. Em seguida, são inseridos os resultados da avaliação qualitativa das perguntas abertas sobre vantagens e desvantagens do uso do preservativo e, após, a autoavaliação do conhecimento sobre aids. Os resultados das questões que verificam o conhecimento são apresentados na sequência, optando-se por dividi-los em conhecimentos acerca da transmissão do HIV e conhecimentos acerca da técnica de uso do preservativo. Então, são analisados os escores do instrumento que avaliou crenças e atitudes sobre o sexo seguro. Por fim, apresentam-se os resultados da avaliação da oficina pelas participantes.

4.1 Sexualidade

A totalidade das participantes relatou vida sexual ativa, registrando a ocorrência prévia de relações sexuais. A média de idade da primeira relação sexual foi 13,28 anos para o grupo experimental e de 13,66 anos para o grupo controle, com faixa de idade de ambos os grupos concentrada entre 13 e 14 anos. Em relação ao relacionamento afetivo-sexual, no grupo experimental, duas adolescentes declararam relacionamento estável, uma declarou “não sei dizer” e quatro declararam não configurarem relacionamento estável. No grupo controle, cinco declararam relacionamento estável e uma declarou não estar em relacionamento estável.

Quanto à orientação sexual, no grupo experimental, três adolescentes se declararam heterossexuais, três se declararam bissexuais e uma optou por não informar. No grupo controle,

três adolescentes se declararam heterossexuais e as outras três se declararam bissexuais. Sobre o uso da camisinha nas relações sexuais, no grupo experimental, uma participante relatou ter usado a camisinha “todas as vezes” ($n=1$), duas “na metade das vezes” ($n=2$) e quatro em “quase todas as vezes” ($n=4$). No grupo controle predominou “quase todas as vezes” ($n=4$), mas também houve a ocorrência de “poucas vezes” ($n=1$) e “nenhuma vez” ($n=1$).

Foi perguntado para cada adolescente, com base no estilo de vida e comportamentos sexuais, uso de álcool e outras drogas, dentre outros, a própria avaliação acerca da vivência de situações de risco de infecção pelo HIV, questão que avaliou a autopercepção de vulnerabilidade ao HIV. As opções de resposta foram: “não de forma alguma”; “provavelmente não”; “provavelmente sim”; ou, “sim, tenho tido práticas de risco”. Os resultados constam na Tabela 4.

Tabela 4.

Frequência de Respostas Acerca da Autopercepção sobre Situações de Risco de Infecção pelo HIV das Adolescentes Participantes

Grupos e alternativas de resposta		Pré-teste	Pós teste
Experimental ($n=7$)	Não, de forma alguma	0	0
	Provavelmente, não	1	1
	Provavelmente, sim	2	3
	Sim, tenho tido práticas de risco	4	3
Controle ($n=6$)	Não, de forma alguma	2	2
	Provavelmente, não	0	0
	Provavelmente, sim	3	4
	Sim, tenho tido práticas de risco	1	0

De modo geral, a maioria das adolescentes, nos dois grupos, percebe que já assumiu práticas de risco de infecção pelo HIV. Nota-se que a distribuição das respostas acerca da percepção de situações de risco teve alteração muito discreta nos dois momentos de avaliação, o que faz sentido para o contexto da intervenção de curta duração. No entanto, a partir do aumento de conhecimento sobre fatores de risco para infecção pelo HIV no grupo experimental,

estimou-se que as adolescentes que receberam a intervenção poderiam apresentar mudanças na percepção de risco, o que não foi observado.

Para as adolescentes que responderam “provavelmente, sim” ou “sim, tenho tido práticas de risco”, solicitou-se a descrição das práticas de risco. Procedeu-se, então, à análise das respostas à questão aberta, que evidenciou predomínio das seguintes situações de risco relatadas: estabelecimento de relação sexual sem preservativo ($n=9$), estabelecimento de relação sexual com desconhecidos ($n=4$), estar sob efeito de outras drogas durante o ato sexual ($n=2$) e estado de embriaguez ($n=1$).

Sobre a realização do teste anti-HIV, cinco participantes no GE relataram já haver realizado, uma relatou que não e uma outra participante referiu não ter conhecimento sobre a realização prévia do teste. No GC, a distribuição foi semelhante: cinco informaram que haviam feito e uma relatou que não possuía conhecimento. As respostas do pré-teste se repetiram no pós-teste em relação a esse quesito, o que era esperado.

4.2 Percepção de vantagens e desvantagens de uso da camisinha

A análise dos relatos do pré-teste levou à identificação de três categorias de desvantagens de uso da camisinha, com as seguintes denominações, número de ocorrências e exemplos de falas nas respectivas categorias: *não percepção de desvantagens* ($n=2$; “não tem”), *afeta negativamente o prazer* ($n=9$; “porque sem é mais gostoso”), *desconfiança da técnica* ($n=2$; “talvez a camisinha pode rasgar”). Na análise das respostas para vantagens de uso da camisinha, identificaram-se duas categorias: *prevenir IST e evitar gravidez* ($n=7$; “não engravidar ou pegar doenças”) e *prevenção de IST* ($n=6$, “se prevenir de doenças”).

4.3 Autoavaliação sobre conhecimento em HIV/aids

Uma das questões do instrumento investigou a autoavaliação acerca do nível de conhecimento sobre aids, variando de ótimo (5) a ruim (1). De modo geral, o grupo

experimental avaliou pior o próprio conhecimento sobre a aids antes de receber a intervenção ($M=2,71$; $DP=0,95$; máximo=4; mínimo=1). A autoavaliação melhorou após a intervenção, subindo para regular ($M=3,43$; $DP=0,79$; máximo=4; mínimo=2). Nenhuma integrante do GE percebeu seu conhecimento como ótimo.

A autoavaliação do GC concentrou-se em regular na primeira aplicação do instrumento ($M=3,17$; $DP=0,98$; máximo=5; mínimo=2) e se manteve como regular no contexto da segunda aplicação ($M=3,0$; $DP=0,63$; máximo=4; mínimo=2), com pouca variação entre os dois momentos.

4.4 Conhecimento acerca da transmissão do HIV

No pré-teste, as pontuações do GE variaram de 3 a 6 pontos, com média equivalente a 4,9 pontos ($DP=0,9$). Já no pós-teste, a média do GE foi de 8 pontos, com a totalidade das adolescentes pontuando o máximo de pontos para os itens acerca da transmissão do HIV. No caso do grupo controle, as adolescentes obtiveram média de 6,2 ($DP=1,8$) e escores variando entre 4 e 8 pontos no contexto do pré-teste. No momento pós-teste, a média do GC foi de 6,0 ($DP=2,1$), quase equivalente ao primeiro momento, com variação de 3 a 8 pontos, conforme dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5.

Pontuações sobre Conhecimento Acerca da Transmissão do HIV

Grupo e momento	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	$z (p)$
Pré-teste – GE	4,9	0,9	5,0	3,0	6,0	-2,46* (0,014)
Pós-teste – GE	8,0	0	8,0	8,0	8,0	
Pré-teste – GC	6,2	1,8	6,5	4,0	8,0	-1,00 (0, 32)
Pós-teste – GC	6,0	2,1	6,5	3,0	8,0	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Para analisar as diferenças de médias, entre os momentos pré e pós-teste, tanto no GE quanto no GC, procedeu-se ao teste de Wilcoxon para amostras pareadas. O valor de z indicou

que houve diferença estatisticamente significativa no GE, com aumento da pontuação entre os momentos pré e pós, o que não ocorreu em relação ao GC (Tabela 5).

4.5 Conhecimento acerca da técnica de uso do preservativo

O GE, no momento do pré-teste, apresentou média de 5,3 pontos ($DP=0,9$), com variação de escores entre 4 e 7. No pós-teste, o GE obteve média de 6,6 ($DP=0,5$) e variação entre 6 e 7 pontos, melhorando seu nível de conhecimento sobre o tema. O GC apresentou média de 6,3 ($DP=0,5$) pontos no pré-teste, com variação de escores entre 6 e 7 pontos; no pós-teste, o GC obteve média de 5,5 ($DP=1,2$) com variação entre 4 e 7 pontos. Os dados de conhecimento sobre a técnica de uso do preservativo estão sistematizados na Tabela 6.

A análise das diferenças de médias, entre os momentos pré e pós, com base no teste de Wilcoxon para amostras pareadas, indicou que o valor de z revelou diferença estatisticamente significativa no GE, entre os momentos pré e pós, indicando aumento da pontuação, o que não ocorreu em relação ao GC (Tabela 6).

Tabela 6.

Pontuações sobre Conhecimento Acerca da Técnica de Uso do Preservativo

Grupo e momento	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	z (p)
Pré-teste – GE	5,3	0,9	5,0	4,0	7,0	-2,25* (0,02)
Pós-teste – GE	6,6	0,5	7,0	6,0	7,0	
Pré-teste – GC	6,3	0,5	6,0	6,0	7,0	-1,63 (0,10)
Pós-teste – GC	5,5	1,2	6,0	4,0	7,0	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Ao se analisar o questionário com o recorte da totalidade de itens direcionados à verificação de conhecimento (Tabela 7), tanto em relação à transmissão de HIV quanto em relação à técnica de uso do preservativo, percebe-se que os itens que tiveram maiores índices de acerto foram: “A aids pode ser transmitida apenas para pessoas que usam drogas injetáveis e para homossexuais”; “O vírus da aids pode ser transmitido pelo esperma, secreção vaginal ou sangue de uma pessoa que esteja infectada pelo HIV” e “Transar depois de ter usado drogas ou

bebido álcool pode levar a pessoa a ‘esquecer’ o uso da camisinha na hora da relação sexual”. Os conteúdos dessas questões já eram de domínio do grupo, independentemente da intervenção, já que os três itens citados obtiveram acerto de todas as adolescentes no contexto dos dois momentos de avaliação, em ambos os grupos.

Já os itens com maiores percentuais de erro para o grupo experimental foram “O vírus HIV pode ser transmitido para outra pessoa pela urina e pela saliva”; “Uma pessoa pode pegar o HIV beijando a boca de uma pessoa com aids” e “Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se usar o mesmo copo ou talher de uma pessoa com aids”, com apenas 38,5% de acertos, em cada item, no contexto do pré-teste. Para o grupo controle, os itens com maior percentual de erro foram “Uma mulher com HIV pode transmitir o vírus ao seu bebê se ela o amamentar”; “O vírus HIV pode ser transmitido para outra pessoa pela urina e pela saliva” e “Uma pessoa pode pegar o HIV beijando a boca de uma pessoa com aids”, com metade das adolescentes havendo acertado cada um desses itens no pré-teste.

Tabela 7.

Percentual de Acerto dos Itens de Conhecimento do Questionário por Grupo e Momento de Aplicação

Itens	Experimental (%)		Controle (%)	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Apenas o sexo anal pode transmitir o vírus da aids de uma pessoa para outra (E)	85,7	100,0	83,3	83,3
A aids pode ser transmitida apenas para pessoas que usam drogas injetáveis e para homossexuais (E)	100,0	100,0	100,0	100,0
Uma mulher com HIV pode transmitir o vírus ao seu bebê se ela o amamentar (C)	69,2	76,9	50,0	50,0
O vírus HIV pode ser transmitido para outra pessoa pela urina e pela saliva (E)	38,5	76,9	50,0	50,0
A mulher não transmite o vírus HIV a outra mulher em uma relação sexual (E)	76,9	92,3	100,0	83,3
O vírus da aids pode ser transmitido pelo esperma, secreção vaginal ou sangue de uma pessoa que esteja infectada pelo HIV (C)	100,0	100,0	100,0	100,0
Uma pessoa pode pegar o HIV beijando a boca de uma pessoa com aids (E)	38,5	84,6	50,0	66,7
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se usar o mesmo copo ou talher de uma pessoa com aids (E)	38,5	84,6	83,3	66,7
Transar com duas camisinhas ao mesmo tempo protege mais do que usar uma só (E)	69,2	92,3	100,0	83,3
A camisinha não oferece segurança, pois o vírus da aids pode passar pela borracha (látex) (E)	100,0	84,6	100,0	66,7

Transar depois de ter usado drogas ou bebido álcool pode levar a pessoa a "esquecer" o uso da camisinha na hora da relação sexual (C)	100,0	100,0	100,0	100,0
Antes de desenrolar a camisinha masculina sobre o pênis ereto, é necessário segurar a ponta do preservativo onde o esperma será armazenado, para que não fique ar neste espaço (C)	84,6	92,3	83,3	83,3
Qualquer lubrificante pode ser usado com a camisinha, inclusive a vaselina ou o óleo mineral (E)	53,8	69,2	66,7	50,0
A camisinha feminina previne a transmissão do HIV, dando mais liberdade para a mulher se cuidar e evitar outras infecções transmitidas nas relações sexuais (C)	76,9	92,3	83,3	83,3
A data de validade e o modo de abrir a embalagem do preservativo são aspectos importantes de serem observados antes de usar a camisinha (C)	92,3	76,9	100,0	83,3

Nota: (E) = item errado; (C) = item correto

4.6 Crenças e atitudes sobre o sexo seguro

Na primeira avaliação do GE, a pontuação média na seção de crenças e atitudes do instrumento foi de 55,43 ($DP=5,29$), com variação de 46 a 63 pontos, enquanto a média no pós-teste foi de 56,86 ($DP=5,64$), com mínimo de 49 e máximo de 64 pontos. Para o GC, a média do pré-teste consistiu em 54,17 ($DP=5,15$), variando de 46 a 62 pontos, e a média do pós-teste foi de 56,50 ($DP=4,18$), com variação de 52 a 63 pontos. A análise das diferenças de médias dos escores de crenças e atitudes sobre o sexo seguro, do GE e do GC, mediante o teste de Wilcoxon para amostras pareadas, indicou que o valor de z não teve diferença estatisticamente significativa nos dois grupos, entre os momentos pré e pós intervenção (Tabela 8).

Tabela 8.

Estatística Descritiva da Variável Crenças e Atitudes sobre o Sexo Seguro

Grupo e momento	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	z (p)
Pré-teste – GE	55,43	5,29	56,0	46,0	63,0	-1,05 (0,29)
Pós-teste – GE	56,86	5,64	58,0	49,0	64,0	
Pré-teste – GC	54,17	5,15	54,0	46,0	62,0	-0,67 (0,50)
Pós-teste – GC	56,50	4,18	55,0	52,0	63,0	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Com o objetivo de observar as tendências das respostas acerca de crenças e atitudes sobre o sexo seguro, procedeu-se à análise a partir do agrupamento das extremidades da escala

Likert de 5 pontos, unindo-se “discordo bastante” e “discordo” em uma categoria denominada *tendência à discordância*. Já “concordo” e “concordo bastante” foram agrupados como *tendência à concordância*, conforme dados apresentados na Tabela 9, considerando os momentos pré e pós-teste para a totalidade da amostra.

Os itens “Evitarei pegar o vírus da aids e IST se eu usar a camisinha em todas as relações sexuais” e “Usar a camisinha é fácil e posso aprender a utilizá-la corretamente” obtiveram tendência à discordância por todas as adolescentes participantes da oficina, tanto no momento pré quanto no momento pós-teste. Os itens “Pegar o vírus da aids depende da sorte e do destino e não do comportamento das pessoas (recodificado)” e “Consigno pedir ao meu/minha parceiro(a) para usar a camisinha na hora de transar” apresentaram 92,3% de tendência à concordância no pré-teste e 100% de tendência à concordância no pós-teste. A Tabela 9 evidencia que os itens 12, 17, 20, 22, 25 e 26 apresentaram heterogeneidade e variabilidade nas respostas, enquanto os demais se caracterizaram por marcante homogeneidade.

Tabela 9.

Percentual de Respostas acerca de Crenças e Atitudes sobre Sexo Seguro nos Momentos Pré e Pós-teste (N=13)

Afirmativas	Pré-teste			Pós-teste		
	Tendência a discordância	Nem concordo nem discordo	Tendência a concordância	Tendência a discordância	Nem concordo nem discordo	Tendência a concordância
Item 12. Falar sobre a camisinha e propor o seu uso na hora de transar é papel do homem (recodificado)	8 (61,5%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)
Item 13. Pegar o vírus da aids depende da sorte e do destino e não do comportamento das pessoas (recodificado).	1 (7,7%)	0	12 (92,3%)	0	0	13 (100%)
Item 14. Consigo pedir ao meu/minha parceiro(a) para usar a camisinha na hora de transar.	1 (7,7%)	0	12 (92,3%)	0	0	13 (100%)
Item 15. Se eu não me prevenir, posso pegar o vírus da aids em alguma situação de risco.	1 (7,7%)	0	12 (92,3%)	0	2 (15,4%)	11 (84,6%)

Item 16. Mulher que leva camisinha na bolsa e pede para o parceiro usar na transa é mulher safada (recodificado)	1 (7,7%)	0	12 (92,3%)	0	1 (7,7%)	12 (92,3%)
Item 17. A camisinha é desconfortável e pode incomodar na hora de transar (recodificado).	8 (61,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	4 (30,8%)
Item 18. As pessoas que se importam comigo acreditam que eu devo usar a camisinha nas relações sexuais.	0	1 (7,7%)	12 (92,3%)	0	1 (7,7%)	12 (92,3%)
Item 19. Evitarei pegar o vírus da aids e IST se eu usar a camisinha em todas as relações sexuais.	0	0	13 (100%)	0	0	13 (100%)
Item 20. Meu tesão e prazer sexual serão menores se eu usar a camisinha nas minhas transas (recodificado).	8 (61,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	7 (53,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)
Item 21. Usar a camisinha é fácil e posso aprender a utilizá-la corretamente.	0	0	13 (100%)	0	0	13 (100%)
Item 22. Não corro o risco de pegar o vírus da aids se eu transar só com o meu parceiro(a) fixo(a) (recodificado).	5 (38,5%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)
Item 23. Se meu parceiro(a) me pede para deixar de usar a camisinha como uma prova de amor, eu paro de usar (recodificado).	1 (7,7%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)	0	0	13(100%)
Item 24. Mulher que faz sexo apenas com mulheres, não corre o risco de pegar o HIV (recodificado).	0	1 (7,7%)	12 (92,3%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)
Item 25. Posso pegar o vírus da aids quando faço qualquer coisa para meu parceiro(a) gostar de mim.	2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (61,5%)
Item 26. Estou mais vulnerável à infecção pelo HIV quando não me responsabilizo por minha vida sexual.	5 (38,5%)	1 (7,7%)	7 (53,8%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (61,5%)

4.7 Comparação intergrupos: GE e GC antes e após a intervenção

A comparação entre as pontuações médias do GE e do GC, no momento pré, em relação ao conhecimento sobre transmissão do HIV, não mostrou diferença significativa entre os grupos. No momento pós, a análise mediante o teste Mann-Whitney para amostras independentes, revelou uma média maior para o GE, com diferença estatística significativa ($z=-2,44$; $p=0,015$), conforme Tabela 10. No que se refere ao conhecimento sobre técnicas de uso da camisinha, o GC obteve média mais alta no pré-teste, com diferença estatística significativa ($z=-2,10$; $p=0,03$). No pós-teste, apesar da pontuação média do GE ter aumentado (6,57) e sido maior que a do GC (5,50), a diferença não alcançou significância estatística.

Tabela 10.

Comparação Intergrupos das Variáveis Conhecimento e Crenças e Atitudes sobre Sexo Seguro, nos Momentos Pré e Pós-teste

Variáveis	Grupos	Média	DP	Mínimo	Máxim	z (p)
Conhecimento sobre transmissão do HIV	GE pré-teste	4,86	0,90	3	6	-1,25 (0,21)
	GC pré-teste	6,17	1,83	4	8	
	GE pós-teste	8,0	0	8	8	-2,44 (0,015)*
	GC pós-teste	6,0	2,10	3	8	
Conhecimento sobre técnicas de uso da camisinha	GE pré-teste	5,29	0,95	4	7	-2,10 (0,03)*
	GC pré-teste	6,33	0,52	6	7	
	GE pós-teste	6,57	0,53	6	7	-1,79 (0,7)
	GC pós-teste	5,50	1,22	4	7	
Crenças e atitudes sobre sexo seguro	GE pré-teste	55,43	5,29	46	63	-0,65 (0,52)
	GC pré-teste	54,17	5,15	46	62	
	GE pós-teste	56,86	5,64	49	64	-0,21 (0,84)
	GC pós-teste	56,50	4,18	52	63	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Quanto às crenças e atitudes em relação ao sexo seguro, não se observou diferença estatística significativa na comparação dos escores médios do GE e do GC, nos momentos pré-teste e pós-teste, notando-se que os valores foram muito semelhantes nos dois grupos (Tabela 10).

4.8 Avaliação da intervenção pelas adolescentes participantes

Na primeira e segunda sessões, a avaliação da sessão do dia pelas participantes se deu por meio da marcação de expressões faciais, na tentativa de representar o humor e sentimentos, considerando que as adolescentes foram instruídas a marcar livremente a quantidade de expressões que quisessem. No primeiro dia, as expressões faciais marcadas, com seus respectivos quantitativos, foram: “feliz” ($n=4$), “satisfeito” ($n=1$), “ainda não sei” ($n=2$), “irritado” ($n=1$). No segundo dia, houveram: “feliz” ($n=5$), “satisfeito” ($n=2$), “com sono” ($n=1$), “cheio de dúvidas” ($n=1$), “confuso” ($n=1$).

Na terceira sessão da intervenção, a avaliação se deu por meio da dinâmica “que bom, que pena, que tal”, em que se registraram as seguintes ocorrências para “que bom”: *conhecimento; aprender sobre sexualidade; prevenir da aids; que estivemos juntas nesses três dias; ter momentos em grupos entre mulheres*. Em “que pena”, houveram as ocorrências: *que vamos embora; que acabou; que não podemos continuar juntas*. Em “que tal”, as participantes registraram: *nós irmos lanchar; voltarmos mais vezes; ensinar mais coisas*.

Capítulo 5 - Discussão

A intervenção proposta no presente estudo almejou fornecer informações, modificar crenças e atitudes acerca do HIV/aids, bem como promover habilidades comportamentais/sociais de negociação do uso do preservativo às adolescentes. Os principais resultados indicaram que a intervenção teve impacto positivo no grupo experimental para a variável conhecimento, mas não teve efeitos nas crenças e atitudes sobre o sexo seguro. A percepção acerca da vivência de práticas de risco para infecção pelo HIV prevaleceu nos dois grupos, verificada na descrição das situações de risco em conjunto com os relatos de uso inconsistente do preservativo nas relações sexuais.

Foram observados efeitos positivos da oficina sobre o nível de conhecimento do GE, tanto em relação à transmissão do HIV, quanto ao conhecimento acerca da técnica de uso do preservativo, com significância estatística para ambos. Ainda que as adolescentes tenham apresentado conhecimento mediano no primeiro momento de avaliação, expressaram confusões e mitos sobre a transmissão do HIV, o que ressalta a importância de programas de educação sexual que ampliem o repertório de informações e possibilite que elas identifiquem situações de risco com facilidade, além de reduzir estigmas associados ao HIV/aids.

Após a intervenção, as atitudes favoráveis ao uso do preservativo aumentaram em termos numéricos de escores médio, porém, sem significância estatística. Os dados da presente pesquisa mostraram que as crenças e atitudes não tiveram alteração em uma intervenção com poucas sessões e, possivelmente, demandam mais tempo de oficina para que mudanças sejam observadas. As principais práticas de risco descritas pelas adolescentes consistiram na manutenção de relações sexuais sem preservativo e com pessoas desconhecidas, de relações em estado de embriaguez ou sob efeito de outras drogas, que podem ocasionar em descuido para com métodos preventivos.

A insuficiência de programas de educação sexual que ficam restritos à abstinência (Lopez et al., 2016) faz especial sentido quando se considera que a totalidade das adolescentes

em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CASE Goiânia possuía vida sexual ativa. As manifestações acerca da sexualidade registradas e expressas no contexto da oficina revelaram interesse das participantes na discussão da temática, e endossam que um programa com ênfase apenas na abstinência enquanto estratégia de prevenção possui grandes chances de ser inefetivo para o público ao qual se destinou essa intervenção. Para todas as regiões do Brasil, é válido ressaltar, a principal via de transmissão do HIV entre homens e mulheres a partir dos 13 anos de idade é a via sexual, sendo essa a via de transmissão em mais de 96% dos casos no sexo feminino (Brasil, 2018).

Por outro lado, abordar tão somente fatores sexuais se revela igualmente insuficiente, de modo que o treino de habilidades e o desenvolvimento pessoal também são fundamentais ao influenciarem, por exemplo, a habilidade de dizer não ao sexo não desejado (Oringanje, Meremikwu, Eko, Esu, Meremikwu, & Ehiri, 2016). Nesse sentido, a abordagem às questões de gênero se mostrou fundamental no contexto da educação sexual neste trabalho com as adolescentes, tal como apontado por Medina et al. (2016) com adolescentes mexicanos do sexo masculino e por Davis et al. (2016) com adolescentes afro-americanas, ambos no contexto da justiça juvenil.

Todas as sete participantes do grupo experimental revelaram desconhecimento acerca do preservativo feminino, o que já foi evidenciado pela literatura como um marcador de vulnerabilidade nas mulheres em idade fértil (Chaves et al., 2019). A negociação do uso do preservativo foi incentivada como exercício pelas facilitadoras no terceiro dia de oficina, momento em que as próprias adolescentes batiam palmas e manifestavam entusiasmo quando a atriz da vez obtinha sucesso em rebater os mitos e argumentos contrários ao uso, proferidos pela parceira de encenação.

Estudos realizados mostraram que, quando comparada à educação por professores, a educação por pares não teve efeito positivo (Lopez et al., 2016). Tal aspecto aponta uma característica possivelmente positiva da presente intervenção, ministrada por profissionais de

nível superior treinadas, com experiência prévia na facilitação de grupos com mulheres e na condução de dinâmicas de grupo. Houve a necessidade de lidar com temáticas como violência contra a mulher apresentadas no formato de relatos pessoais, especialmente no contexto da dinâmica intitulada “Para mim, sexualidade é...”, na primeira sessão da oficina. Nessa dinâmica, parte das palavras anotadas pelas facilitadoras nos cartazes, em registro do que era falado pelas adolescentes, consistiram em *estupro, assédio, desacato, abuso, posse, violência, mágoa, criar filho sozinho*, dentre outras palavras de cunho negativo e também positivo, tanto no GE quanto no GC. Crenças e costumes sexistas sustentam violações de direitos sexuais e reprodutivos (Murta, Del Prette, Del Prette & Zanella, 2012), de modo que abordar temáticas sensíveis à prevenção da violência contra a mulher é fundamental no contexto de prevenção e promoção de saúde.

Em meio ao processo de realização das oficinas, evidenciou-se que um objetivo premente foi o de criar espaço de diálogo e reflexão que viabilizasse as elaborações e os investimentos necessários para as adolescentes reconhecerem a violência em suas experiências pessoais. Sabe-se que não é fácil para a mulher compreender e nomear uma experiência como violenta quando todo o aparato social opera para naturalizar violências conforme a lógica patriarcal. No entanto, nos últimos anos, a compreensão do que é violência vem sendo ampliada, abarcando práticas que eram antes toleradas socialmente, a exemplo da violência intrafamiliar contra a mulher, crianças e adolescentes, e que hoje passam do silêncio do âmbito privado para serem julgadas no âmbito público como crimes (Weiselfisz, 2015). Essa transição demanda novos posicionamentos diante do fenômeno, e o espaço de reflexão para as meninas nomearem as vivências pode ser oportunidade de reconhecimento da violência por elas sofrida, também e principalmente no próprio corpo, a partir do estranhamento e da não naturalização.

O corpo é tomado como locus de resistência pelos movimentos de mulheres negras militantes na área da saúde, uma vez que o corpo da mulher negra é objeto de opressões múltiplas há séculos, em um processo que perdura e remete à “violência sexual dos homens

brancos colonizadores sobre as mulheres africanas e indígenas” (López, 2013, p. 4). O racismo produz implicações no âmbito da sexualidade, de modo que a saúde sexual e reprodutiva e a violência contra a mulher se apresentam como pautas urgentes no contexto do feminismo negro. Nesse caso, o trabalho que envolve educação em saúde possui significações diferentes quando realizado com mulheres negras e brancas, inclusive por ser histórico o processo de exclusão da população negra ao acesso a serviços e procedimentos de saúde (López, 2011).

A partir da fala das adolescentes, também foi possível vislumbrar na oficina como os recortes de gênero nas relações sociais e afetivas evidenciam o impacto negativo de abusos psicológicos, físicos e sexuais na saúde da mulher (Romio, 2017). As participantes mencionaram limitações em seu poder de negociação para o uso de métodos contraceptivos e houve, inclusive, o relato de uma adolescente sobre como as consultas ao ginecologista só lhe eram permitidas com a presença do namorado. O fenômeno da violência cometida por pessoa conhecida é um problema social com consequências danosas, e possui incidência consideravelmente maior entre as mulheres (Mascarenhas et al., 2017). Evidencia-se a importância de sensibilizar as participantes para as possibilidades dos recursos sociais disponíveis no território, previstos como componentes da atenção integral à saúde do adolescente.

Da mesma forma que a articulação das políticas públicas em um aparato que garanta pleno funcionamento das redes de apoio à mulher seja condição necessária para se evitar parte dos desfechos de morte nos casos de feminicídio e nas demais formas de violência contra a mulher (IPEA, 2018; Romio, 2017), a privação de liberdade das adolescentes, no contexto do cumprimento da medida socioeducativa de internação, também pode ser minimizada a partir da inserção das adolescentes no sistema de garantia de direitos. A realidade das adolescentes que compuseram a amostra dessa pesquisa reforça a importância do reconhecimento, pela legislação do ECA, de que a prática infracional possa ser acompanhada por violação de direitos.

Em seu artigo 112, o ECA reconhece que a resposta do Estado para o contexto da adolescência em conflito com a lei abarca a aplicação de medidas de proteção, a exemplo da matrícula na escola, além das medidas socioeducativas (Diniz, 2017). Na amostra do presente estudo, pouco mais de um terço das adolescentes (três em um total de treze) completaram o ensino fundamental, o que indica baixa escolarização da amostra. A defasagem ensino-série é bastante significativa, uma vez que, pela idade majoritária do grupo entre os 15 e 18 anos, as adolescentes deveriam cursar o ensino médio, enquanto foi verificado que possuem ensino fundamental incompleto, predominantemente cursando entre o 6º e o 7º ano.

Ainda que os dados sociodemográficos coletados por esta pesquisa de dissertação se restrinjam à idade, escolaridade e tempo de cumprimento da medida, dados da pesquisa em andamento do CEPEA/FE/UFG, órgão complementar da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, intitulada “O sujeito adolescente em conflito com a lei no estado de Goiás”, permitem observar a sobreposição de vulnerabilidades a que estão expostas as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação em Goiás a partir do entrelaçamento entre outras dimensões, como classe e raça. Esses dados, ainda não publicados, foram coletados entre outubro de 2018 e março de 2019 e apontam que, dentre as 24 adolescentes do sexo feminino em cumprimento de medida de internação no estado, prevalece o perfil majoritário de raça/etnia não branca, já que negras (20,83%), pardas (54,16%) e indígenas (4,16%) correspondem a 79,16% do total de adolescentes. A renda familiar foi informada em metade dos documentos analisados, sendo que 25% do total de adolescentes possui renda familiar de até R\$ 2.000, e 16,6% possui renda entre R\$ 2.000 e R\$ 3.000.

A juventude que possui sua liberdade privada em um período tão significativo ao desenvolvimento quanto a adolescência ocasiona perdas sociais e coletivas, ainda que essa estimativa não configure um exercício simples a ser realizado. No caso da juventude perdida por mortalidade violenta, a tentativa de mensurar o ônus a partir da expressão monetária da redução da expectativa de vida dos jovens no Brasil, revela o custo anual de R\$ 79 bilhões

(Cerqueira & Moura, 2013). É importante que o custo social do encarceramento juvenil também seja considerado e compreendido pela sociedade, especialmente quando se observa o direcionamento da opinião pública para a ideia falaciosa de que a intensificação do encarceramento representaria solução para o complexo problema de segurança pública no país. Nesse sentido, a correta utilização dos critérios estabelecidos para a aplicação da medida socioeducativa mais gravosa, que não deve ser priorizada em detrimento das medidas socioeducativas em meio aberto ou semiliberdade, salvo nos casos previstos em lei, se insere no sistema de garantia de direitos e demanda urgente atenção.

Os campos paradigmáticos da criminologia crítica e da saúde apontam para a insuficiência de se abordar os fenômenos a serem prevenidos como concernentes à esfera individual, restringindo a sua causa às crenças e comportamentos de pessoas. Compreender o contexto mais amplo de vulnerabilidades em que se inserem os sujeitos é premissa para o alcance de resultados produtivos nos campos da adolescência em conflito com a lei e da educação em saúde. No campo da prevenção do HIV/aids, a leitura das interseções de gênero, classe e raça, serve à compreensão do impacto das assimetrias de gênero na autonomia das adolescentes para negociarem o uso de insumos preventivos e para vivenciar a sexualidade feminina, devendo constar no planejamento e execução dos programas preventivos.

5.1 Limitações e sugestões para estudos futuros

Uma das limitações do presente estudo se caracteriza pela ausência de seguimento, também chamado de *follow up*, uma vez que as etapas realizadas englobaram apenas o pré-teste, a intervenção e o pós-teste imediatamente após a oferta da intervenção. Lopez et al. (2016) estabeleceram como critério para inclusão das variáveis de conhecimento e atitude, nos artigos que avaliaram intervenções direcionadas à contracepção na adolescência, a existência do *follow up* de, no mínimo, três meses para serem consideradas como variáveis secundárias. Para a classificação de evidências de alta qualidade, os autores estabeleceram o seguimento ainda

maior de, pelo menos, seis meses após a intervenção. Os autores apontam o *follow up* com seguimento de longo prazo como fundamental para o reconhecimento de variáveis secundárias enquanto legítimas medidas de efeito das intervenções.

O rigor dos critérios estabelecidos por Lopez et al. (2016) e Mason-Jones et al. (2016) também indica que as evidências de melhor qualidade para avaliar o impacto das intervenções demandam a utilização de variáveis biológicas, a exemplo da ocorrência de gravidez e a incidência de infecção pelo HIV por via sexual, como variáveis primárias dos estudos de avaliação dos programas de educação sexual e saúde reprodutiva. A dependência de medidas de autorrelato para avaliação do comportamento sexual de risco não constitui o cenário ideal, por ser esse um tipo de medida propensa a viés.

A presente pesquisa se utilizou de medidas de autorrelato do comportamento sexual, níveis de conhecimento sobre HIV, crenças e atitudes sobre os insumos preventivos, todas variáveis secundárias, não sendo possível garantir que o conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV se traduza na adoção de comportamentos preventivos. No caso de estudos de pequeno porte, especialmente no contexto socioeducativo, a inclusão das variáveis biológicas é de difícil implementação por agregar gastos expressivos e demandar envolvimento significativo dos agentes socioeducativos e dos gestores da unidade na execução da pesquisa, o que extrapola as possibilidades do presente estudo.

Apesar da análise de dados conferir efeito de aumento significativo no conhecimento sobre transmissão do HIV, em comparação ao grupo controle, o seguimento da amostra possibilitaria avaliar se os efeitos intermediários de melhora no conhecimento são mantidos a longo prazo. Sugere-se que estudos futuros incluam o seguimento de pelo menos três meses após a intervenção. Apesar de importantes, aspectos como a realização de intervenção com os pais e/ou responsáveis, a avaliação objetiva da colocação do preservativo na prótese por observação, avaliação da intenção do uso da camisinha, avaliação do sentimento de se sentir capaz de negociar e/ou usar o preservativo na relação, todos medidos e atestados com

significância na intervenção proposta por Medina et al., (2016), não foram abordados nessa intervenção. Recomenda-se a inclusão dessas variáveis para a avaliação de intervenções futuras.

A influência da instituição no critério de divisão dos grupos experimental e controle, a partir da composição das alas femininas pré-existentes da unidade, também se mostrou como uma limitação. O único critério explícito utilizado pela unidade para alocação das adolescentes consistiu na ausência de conflito entre as socioeducandas. A impossibilidade da utilização de um critério de aleatoriedade para a distribuição das integrantes entre os dois grupos caracterizou, portanto, outra limitação do estudo.

A partir dos resultados aqui evidenciados, que mostraram ganhos nos níveis de conhecimento sobre HIV/aids pelas adolescentes, sugere-se a aplicação da intervenção expandindo a amostra para o universo das adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação em Goiás em estudo futuro. O número total de adolescentes do gênero feminino que cumpre medida de internação no estado é de 24 meninas, sendo 6 no Case Formosa e 18 no Case Goiânia, de modo que o custo operacional para destinar a intervenção para as adolescentes internadas em Formosa é baixo em comparação aos possíveis ganhos. O mesmo raciocínio se aplica ao universo de adolescentes do sexo masculino internados no estado. Ressalta-se que o número de adolescentes internados é volátil e pode mudar em curto intervalo de tempo.

Conforme dados da pesquisa em andamento do CEPEA/FE/UFG “O sujeito adolescente em conflito com a lei no estado de Goiás”, a idade da primeira relação sexual para as adolescentes e os adolescentes internados no estado consiste, majoritariamente, em 13 anos de idade, e verificou-se que um adolescente do sexo masculino possuía HIV e sífilis, outros nove meninos possuíam sífilis. Entre as meninas, uma adolescente possuía sífilis. Nesse sentido, sugere-se a oferta das oficinas para os adolescentes do sexo masculino, inclusive para verificar se há heterogeneidade de resultados em função das diferenças de gênero.

O desenho da intervenção se mostrou adequado quanto à frequência de encontros semanais, mas é válido ressaltar a percepção da pesquisadora acerca da duração dos encontros, já que três horas pareceram mais extensas do que o necessário para se atingir os objetivos de cada sessão. É possível pensar em uma programação que utilize sessões de menor duração. No caso de intervenções mais extensas longitudinalmente e com *follow up*, conforme recomendações da literatura (Lopez et al., 2016), ressalta-se a necessidade de pactuação e articulação cuidadosa com a gestão da unidade de internação, para possibilitar um desenho de intervenção que minimize a possibilidade de perda de participantes.

O estabelecimento de um espaço de fala para as adolescentes se fez evidente a partir da metodologia adotada no contexto da intervenção desta dissertação, que contribuiu para uma escuta dessas adolescentes em suas singularidades, livre de julgamentos, em um conjunto de encontros que convidou o grupo a tomar a palavra para si. As oficinas de metodologia participativa se mostram como possibilidade de trabalho no contexto socioeducativo, e a intervenção aqui realizada propiciou o diálogo entre a equipe do CEPEA/FE/UFG para que novas propostas temáticas possam ser trabalhadas com os adolescentes a partir de desenhos semelhantes em ações de prevenção e promoção à saúde.

Capítulo 6 - Considerações Finais

A intenção de realizar esta pesquisa se deu por alguns motivos. Dentre eles, contribuir para fortalecer processos protetivos à saúde das adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação a partir da avaliação dos efeitos de uma oficina sobre sexualidade e práticas sexuais seguras. As dimensões de raça, classe e gênero apontam para o cenário de múltiplas opressões interativas no recorte das adolescentes em privação de liberdade. De modo geral, elas têm acesso restrito às políticas públicas, além da dificuldade de permanência em redes de atenção à saúde, mesmo antes da condição de cumprimento de medida socioeducativa.

Foram verificados efeitos positivos para as adolescentes, e implicações satisfatórias a partir da experiência das oficinas. Sugerimos, assim, a realização de intervenções semelhantes e a continuidade dos estudos sobre práticas preventivas no sistema socioeducativo. Assegurar o direito ao exercício seguro e protegido da sexualidade, à luz da igualdade de gênero e do empoderamento feminino, e a partir da compreensão mais ampla das vulnerabilidades a que está submetido o público das adolescentes em conflito com a lei, se coloca como uma questão de saúde pública. As ações preventivas em saúde devem levar em consideração os recortes de gênero e demais determinantes sociais, culturais e contextuais envolvidos, uma vez que as inequidades de gênero e a violência contra a mulher operam a favor da epidemia de aids.

Referências

- Antunes, M. C., Peres, C. A., Paiva, V., Stall, R., & Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres de escolas públicas em São Paulo, SP. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 88-95.
- Ayres, J. R. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M., França, I. J., Junqueira, G., & Saletti, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde. Novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, C. Machado (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 121-143). 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França, I. J. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, C. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Livro 1* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, J. G. S., & Marin, I. K. (2014). Adolescentes exibicionistas: a busca de um olhar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 175-190.
- Bcheraoui, C. E., Zhang, X., Abram, K. M., Teplin, L. A., & Sutton, M. Y. (2015). HIV knowledge among a longitudinal cohort of juvenile detainees in an urban setting. *Journal of Correctional Health Care*, 21(2), 112-124.
- Bouzas, I. C. S., Cader, S. A., & Leão, L. (2014). Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. *Adolescência & Saúde*, 11(3), 7-21.
- Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente ECA*.

Brasil. Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012. *Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo SINASE*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Manual de assistência a adolescentes vivendo com HIV/aids*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim epidemiológico HIV/aids*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2018a). *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*, 49(53). Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2018b). *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018c). *Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. (2018d). *Violência contra Crianças e Adolescentes: análise de cenários e propostas de políticas públicas*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. (2018e). *Levantamento anual Sinase 2016*. Brasília: Autor.

Carvalho, J. J. (2006). *La diáspora africana en Iberoamerica. Dinámicas Culturales y Políticas Públicas*. Série Antropologia, 402. Brasília: UnB.

Castro, A. M. F. M., & Teodoro, M. L. M. (2014). Relações familiares de adolescentes cumprindo medida socioeducativa restritiva de liberdade: uma revisão narrativa da literatura. *Temas em Psicologia*, 22(1), 1-12.

Conselho Nacional de Justiça. (2012). *Panorama nacional: a execução das medidas socioeducativas de internação. Programa justiça ao jovem*. Brasília: Autor.

Conselho Nacional de Justiça. (2015). *Dos espaços aos direitos: a realidade da ressocialização na aplicação das medidas socioeducativas de internação das adolescentes do sexo feminino em conflito com a lei nas cinco regiões*. Brasília: Autor.

Costa, N. R., & Silva, P. R. F. (2017). A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1467-1478.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 39-52.

Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe* (Trad. H. R. Candiani). São Paulo: Boitempo.

Davis, T. L., Boyce, L. S., Rose, E., Swartzendruber, A., DiClemente, R., Gelaude, D., Fasula, A. M., & Carry, M. (2016). Lessons learned from delivering Imara, an HIV/STI reduction intervention for african american girls in juvenile detention. *Health Promotion Practice*, 17(1), 31-39.

Diniz, D. (2017). *Meninas fora da lei: a medida socioeducativa de internação no Distrito Federal*. Brasília: Letras Livres.

Diniz, D., Gumieri, S., Bevilacqua, B. G., Cook, R. J., & Dickens, B. M. (2017). Zika vírus infection in Brazil and human rights obligations. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 105-110.

Diniz, D., & Paiva, J. (2014). Mulheres e prisão no Distrito Federal: Itinerário carcerário e precariedade da vida. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 111(1). 313-328.

Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: ARTMED.

Germano, I. M. P., Monteiro, R. A. F. G., & Liberato, M. T. C. (2018). Criminologia crítica, feminismo e interseccionalidade na abordagem do aumento do encarceramento feminino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(2), 27-43.

Guimarães, R. A., Rodovalho, A. G., Fernandes, I. L., Silva, G. C., Felipe, R. L., Vera, I., Gregório, V. D., & Lucchese, R. (2016). Transactional sex among noninjecting illicit drug users: implications for HIV transmission. *The Scientific World Journal*, 2016(1), 1-7.

IPEA. (2018). *Atlas da violência*. Cerqueira, D. (Coord.) et al. Rio de Janeiro: Autor.

Jorge, M. G., Fonseca, S. C., Silva, K. S., & Costa, S. F. (2014). Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Adolescência & Saúde*, 11(3), 22-31.

Kilburn, K., Hughes, J. P., MacPhail, C., Wagner, R. G., Gómez-Olivé, F. X., Kahn, K., Pettifor, A. (2019). Cash transfers, young women's economic well-being, and HIV risk: evidence from HPTN 068. *AIDS Behavior*, 23(5), 1178-1194.

López, L. C. (2011). Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. *Saúde e Sociedade*, 20, 590-603.

Lopez, L. M., Bernholc, A., Chen, M., & Tolley, E. E. (2016). School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-77.

Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In R. Parker (Ed.), *A aids no mundo* (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Mascarenhas, M. D. M., Sinimbu, R. B., Malta, D. C., Silva, M. M. A., Santos, A. F., Vieira, M. L. F. P., & Szwarcwald, C. L. (2017). Violência cometida por pessoa conhecida – Brasil, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3763-3771.

Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, 1-94.

Maynard, A. D., Bowman, D. M., & Hodge, J. G. Jr. (2016). Mitigating risks for pregnant teens from zika vírus. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, *44*, 657-659.

Medina, R. S., Negrete, D. J. E., & Montijo, S. S. R. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*, *19*(2), 269-280.

São Paulo. Ministério Público. (2018). *Raio X do feminicídio em SP: é possível evitar a morte*. São Paulo: Autor.

Minas Gerais. Ministério Público. (2015). *Desafios da socioeducação: responsabilização e integração social de adolescentes autores de atos infracionais*. Fórum Permanente do Sistema de Atendimento Socioeducativo de Belo Horizonte. Belo Horizonte: CEAF.

Moraes, S. P., & Vitale, M. S. S. (2012). Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *58*(1), 48-52.

Moraes, S. P., & Brêtas, J. R. S. (2016). Conceitos, comportamentos e educação em sexualidade: a formação das condutas sexuais de adolescentes em conflito com a lei. *Adolescência & Saúde*, *13*(2), 18-25.

Murta, S. G., Del Prette, A., Dell Prette, Z., & Zanello, V. (2012). Sexismo e heterossexismo: do impacto sobre a saúde às possibilidades de prevenção. In T. C. Viana, L. C. Fortunato, & V. Zanello (Orgs.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (pp. 463-484). Brasília: Liber Livro.

Naranbhai, V., Karim, Q. A., & Meyer-Weitz, A. (2011). Interventions to modify sexual risk behaviours for preventing HIV in homeless youth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*, 1-49.

Nunes, E. L. G., & Andrade, A. G. (2009). Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 45-54.

Oliveira, M. C. S. L., Costa, D. L. P., & Camargo, C. K. (2018). Infração juvenil feminina e socioeducação: um enfoque cultural e de gênero. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 72-92.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikvu, A., & Ehiri, J. E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-88.

Paik, L. (2017). Critical perspectives on intersectionality and criminology: introduction. *Theoretical Criminology*, 21(1), 4-10.

Pasinato, W. (2011). “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu*, 37, 219-246.

Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2015). Oficinas baseadas em metodologias participativas. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack (Orgs), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 264-283). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Potter, H. (2013). Intersectional criminology: Interrogating identity and power in criminology research and theory. *Critical Criminology*, 21(3), 305-318.

Romio, J. A. F. (2017). *Femicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde* (Tese de doutorado). Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil.

Santos, N. J. S. (2016). Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde & Sociedade*, 25(3), 602-618.

Sattler, A. L. (2017). Treating youths in the juvenile justice system. *Pediatric Clinics of North America*, 64(2), 451-462.

Seidl, M. E. F., Mussi, M., & Faustino, Q. M. (2003). Oficina sobre sexualidade e práticas sexuais seguras. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. C. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. T. Silva. (Orgs.), *Adolescentes e drogas no contexto da justiça* (pp. 215-235). Brasília: Editora Plano.

Silva, A. A., Borges, G. M. A., Rocha, P. S., Simão, M. F. L., & Ferreira, S. M. S. (2015). *A abordagem da saúde na dimensão integral ao adolescente autor de ato infracional: uma reflexão para a rede de atendimento*. In Fórum Permanente do Sistema Socioeducativo de Belo Horizonte. Desafios da socioeducação: responsabilização e integração social de adolescentes autores de atos infracionais. Belo Horizonte: CEAF.

Silva, S. P. C., Guisande, T. C. C. A., & Cardoso, A. M. (2016). Adolescentes em conflito com a lei e a vulnerabilidade para IST/HIV/aids: conhecimentos e vivências. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 95-108.

Taquette, S. R. (2010). Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde e Sociedade*, 19(2), 51-62.

UNAIDS. (2018). *Miles to GO: closing gaps, breaking barriers, righting injustices*. Global aids update.

UNAIDS. (2019). *Communities at the centre*. Global AIDS update 2019.

UNICEF. (2017a). *Cenário da exclusão escolar no Brasil*. UNICEF Para cada criança: Autor.

UNICEF. (2017b). *Educar ou Punir? A realidade da internação de adolescentes em unidades socioeducativas no estado de Pernambuco*. Recife: Via Design Publicações.

UNICEF. (2018a). *Panorama da distorção idade-série no Brasil*. UNICEF Para cada criança: Autor.

UNICEF. (2018b). *Levantamento das ações de redução de risco de desastres e das condições de atendimento às crianças e adolescente*. UNICEF Para cada criança: Autor.

UNICEF. (2018c). *Pobreza na infância e na adolescência*. UNICEF Para cada criança: Autor.

Weiselfisz, J. (2015a). *Mapa da violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil*. FLACSO.

Weiselfisz, J. (2015b). *Mapa da Violência 2015 Adolescentes 16/17 anos*. Versão preliminar. FLACSO.

Winkelman, T. N. A., Frank, J. W., Binswagner, I. A., & Pinals, D. A. (2017). Health conditions and racial differences among justice-involved adolescents, 2009 to 2014. *Academic Pediatrics*, *17*, 723-731.

Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M., & Watts, C. (2009). Trafficking in persons: a health concern? *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*(4), 1029-1035.

Anexo 1 - Questionário sobre Sexualidade e Prevenção do HIV

Apelido: _____

Este é um questionário sobre o seu conhecimento sobre sexualidade e outros temas relacionados. Também iremos perguntar alguns dados sobre você, mas lembramos que as respostas são sigilosas e ninguém, além da pesquisadora, terá acesso a elas.

1. Idade: _____ anos

2. Qual a série que você está cursando:

- Alfabetização
- Ensino fundamental: 6º ou 7º ano
- Ensino fundamental: 8º ou 9º ano
- Ensino Médio: Qual ano? _____

3. Quando iniciou o cumprimento da medida socioeducativa de internação.

Mês: _____ Ano: _____

4. Como você avalia o seu conhecimento sobre a aids (síndrome da imunodeficiência adquirida)?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

5. Em relação à transmissão do vírus da aids, o HIV, marque E para as afirmativas erradas e C para as afirmativas certas.

- Apenas o sexo anal pode transmitir o vírus da aids de uma pessoa para outra.
- A aids é uma doença que pode ser transmitida apenas para pessoas que usam drogas na veia (injetáveis) e para homossexuais.
- Uma mulher com HIV pode transmitir o vírus ao seu bebê se ela amamentá-lo.
- O vírus HIV pode ser transmitido para outra pessoa pela urina e pela saliva.
- A mulher não transmite o vírus HIV a outra mulher em uma relação sexual.
- O vírus da aids pode ser transmitido pelo esperma, secreção vaginal ou sangue, de uma pessoa que esteja infectada pelo HIV.
- Uma pessoa pode pegar o HIV beijando a boca de uma pessoa com aids.
- Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se usar o mesmo copo ou talheres de uma pessoa com aids.

6. Em relação ao uso da camisinha nas transas, marque E para as afirmativas erradas e C para as afirmativas certas.

- Transar com duas camisinhas ao mesmo tempo protege mais do que usar uma só.
- A camisinha não oferece segurança, pois o vírus da aids pode passar pela borracha (látex).
- Transar depois de ter usado drogas ou bebido álcool pode levar a pessoa a "esquecer" o uso da camisinha na hora da relação sexual.
- Antes de desenrolar a camisinha masculina sobre o pênis ereto (duro), é necessário segurar a ponta do preservativo onde o esperma será armazenado, para que não fique ar neste espaço.
- Qualquer lubrificante pode ser usado com a camisinha, inclusive a vaselina ou o óleo mineral.
- A camisinha feminina previne a transmissão do HIV, dando mais liberdade para a mulher se cuidar e evitar outras infecções transmitidas nas relações sexuais.
- A data de validade e o modo de abrir a embalagem do preservativo são aspectos importantes que devem ser observados antes de usar a camisinha.

Agora, vamos fazer algumas perguntas sobre a sua vida sexual:

7. Você já teve relações sexuais?

- sim não

Se você já teve relação sexual, responda as questões 8 e 9:

8. Quantos anos você tinha quando transou pela primeira vez?

- menos de 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos ou mais

8.1 Atualmente você tem algum relacionamento afetivo-sexual estável (está casada, em união consensual ou namorando firme)?

- Sim Não Não sei dizer

9. Nas vezes que você transou, você usou camisinha?

- todas as vezes
- quase todas as vezes
- na metade das vezes
- poucas vezes
- nenhuma vez

10. Na sua opinião, qual a principal vantagem do uso da camisinha nas relações sexuais?

11. E qual a principal desvantagem do uso da camisinha nas relações sexuais?

Agora, leia essas frases e marque com um X se você concorda ou discorda de cada uma delas.

12. Falar sobre a camisinha e propor o seu uso na hora de transar é papel do homem.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

13. Pegar o vírus da aids depende da sorte e do destino e não do comportamento das pessoas.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

14. Consigo pedir ao meu/minha parceiro(a) para usar a camisinha na hora de transar.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

15. Se eu não me prevenir, posso pegar o vírus da aids em alguma situação de risco.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

16. Mulher que leva camisinha na bolsa e pede para o parceiro usar na transa é mulher safada.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

17. A camisinha é desconfortável e pode incomodar na hora de transar.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

18. As pessoas que se importam comigo acreditam que eu devo usar a camisinha nas relações sexuais.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

19. Evitarei pegar o vírus da aids e outras infecções sexualmente transmissíveis se eu usar a camisinha em todas as relações sexuais.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

20. Meu tesão e prazer sexual serão menores se eu usar a camisinha nas minhas transas.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

21. Usar a camisinha é fácil e posso aprender a utilizá-la corretamente.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

22. Não corro risco de pegar o vírus da aids se eu transar só com o meu parceiro(a) fixo(a).

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

23. Se meu parceiro ou parceira me pede pra deixar de usar a camisinha como uma prova de amor, eu paro de usar.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

24. Mulher que faz sexo apenas com mulheres, não corre risco de pegar o HIV.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

25. Posso pegar o vírus da aids quando faço qualquer coisa para meu parceiro ou parceira gostar de mim.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

26. Estou mais vulnerável à infecção pelo HIV quando não me responsabilizo pela minha vida sexual.

discordo bastante	Discordo	nem concordo nem discordo	concordo	concordo bastante
-------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------

27. Com base em seu estilo de vida e comportamentos em geral (sexuais, uso de álcool e outras drogas, entre outros) você avalia que já teve situação de risco de infecção pelo vírus da aids?

- Não, de forma alguma
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Sim, tenho tido práticas de risco

Se respondeu sim ou provavelmente sim, poderia descrever as situações de risco que você já teve?

28. Você já fez o teste da aids?

- Não Sim. Quantas vezes? _____ Não sei dizer

29. Tem alguma coisa que não foi perguntada, mas que você gostaria de escrever aqui?

30. Para finalizar este questionário, você se incomodaria de nos informar sua orientação sexual?

- Sou heterossexual, me interesso por pessoas do sexo oposto ao meu
 Sou homossexual, me interesso por pessoas do mesmo sexo que o meu
 Sou bissexual, me interesso por homens e por mulheres
 Sou transexual ou travesti
 Não quero informar sobre isto

Muito obrigada pela sua participação!

Anexo 2 – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CENTRO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DO ADOLESCENTE

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

NOME DO PARTICIPANTE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.
 IDADE: _____
 RG ou CPF: N° _____ SEXO: M () F ()
 ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado de forma suficiente a respeito da pesquisa: **O Sujeito Adolescente em Conflito com a Lei**. O projeto de pesquisa é coordenado pelo Prof. Altair José dos Santos e será conduzido pela equipe de pesquisadores do Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão do Adolescente – CEPEA/FE/UFG. Estou ciente de que o material produzido será utilizado em publicações científicas posteriores, observando os princípios éticos da pesquisa e seguindo procedimentos de sigilo, discrição e anonimato. O estudo tem como objetivo conhecer os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação, por meio de grupos focais, entrevistas e oficinas participativas. Estou ciente que não receberei pagamento por minha participação, sendo a mesma de caráter voluntário, bem como não terei qualquer tipo de gasto para participar. Tenho ciência da possibilidade de receber indenização, caso seja de alguma forma prejudicado em função da minha participação. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados, os riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação a qualquer momento. Fui informado de que os dados provenientes dessa pesquisa serão armazenados no CEPEA por, pelo menos, cinco anos, de maneira segura e sigilosa.

Em caso de dúvidas, estou ciente de que posso entrar em contato com a equipe de pesquisadores, inclusive por meio de ligação a cobrar, pelo telefone do CEPEA (62 3225-8969) ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (62 3521-1215).

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CENTRO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DO ADOLESCENTE

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

IDADE: _____

RG ou CPF: N° _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado de forma suficiente a respeito da pesquisa: **O Sujeito Adolescente em Conflito com a Lei**. O projeto de pesquisa é coordenado pelo Prof. Altair José dos Santos e será conduzido pela equipe de pesquisadores do Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão do Adolescente – CEPEA/FE/UFG. Estou ciente de que o material produzido será utilizado em publicações científicas posteriores, observando os princípios éticos da pesquisa e seguindo procedimentos de sigilo, discrição e anonimato. O estudo tem como objetivo conhecer os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação, por meio de grupos focais, entrevistas e oficinas participativas. Estou ciente que não receberei pagamento por minha participação, sendo a mesma de caráter voluntário, bem como não terei qualquer tipo de gasto para participar. Tenho ciência da possibilidade de receber indenização, caso seja de alguma forma prejudicado em função da minha participação. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados, os riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação a qualquer momento. Fui informado de que os dados provenientes dessa pesquisa serão armazenados no CEPEA por, pelo menos, cinco anos, de maneira segura e sigilosa.

Em caso de dúvidas, estou ciente de que posso entrar em contato com a equipe de pesquisadores, inclusive por meio de ligação a cobrar, pelo telefone do Prof. Altair José dos Santos (62 98111-3959) ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (62 3521-1215).

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____