

TATIANNE MÁRCIA PERDIGÃO DE CARVALHO

**REPRESENTAÇÕES DE ADOLESCENTES DO
MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA/MG ACERCA DA
DOENÇA HEPATITE B, SEUS RISCOS E
PREVENÇÃO**

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2010

TATIANNE MÁRCIA PERDIGÃO DE CARVALHO

**REPRESENTAÇÕES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO
DE SANTA LUZIA/MG ACERCA DA DOENÇA HEPATITE B,
SEUS RISCOS E PREVENÇÃO**

**Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.**

Área de concentração: **Saúde e Enfermagem**

Orientadora: **Prof^a. Dr^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas**

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2010

C331r Carvalho, Tatianne Márcia Perdigão de.
Representações de adolescentes do município de Santa Luzia/MG
acerca da doença Hepatite B, seus riscos e prevenção [manuscrito]. /
Tatianne Márcia Perdigão de Carvalho. - - Belo Horizonte: 2010.
92f.
Orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Hepatite B/prevenção&controle. 2. Hepatite B/complicações. 3.
Vacinação. 4. Vacinas contra Hepatite B. 5. Doenças Sexualmente
Transmissíveis. 6. Adolescente. 7. Pesquisa Qualitativa. 8. Enfermagem
em Saúde Pública. 9. Saúde do Adolescente. 10. Dissertações
Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WC 536

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Ricardo Santiago Gomez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

Chefe: Clara de Jesus Marques Andrade

Sub-Chefe: Anézia Moreira Faria

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Sub-Coordenadora: Sônia Maria Soares

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Dissertação Intitulada: **“REPRESENTAÇÕES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA/MG ACERCA DA DOENÇA HEPATITE B, SEUS RISCOS E PREVENÇÃO”**, de autoria da mestrande Tatianne Márcia Perdigão de Carvalho, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos professores:

Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora)

Prof. Dr. Francisco Félix Carlos Lana - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. José Roberto da Silva Brêtas – Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dr. Dener Carlos dos Reis – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Lúcio José Vieira - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico esse estudo ao Serviço de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia/MG, de onde emergiram as primeiras dúvidas e indagações no que diz respeito às discussões sobre coberturas vacinais, principalmente, a cobertura vacinal contra hepatite B para os adolescentes... Esta experiência foi imprescindível para dar início à construção desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho representou um enorme desafio por ter se desenvolvido durante um momento complexo, porém importante da minha vida profissional e pessoal, o que por muitas vezes impossibilitou uma total dedicação ao mesmo.

Hoje reconheço que todas as dificuldades vivenciadas nessa fase me mostraram que se realmente queremos algo, não importa os obstáculos, encontramos forças em nós mesmos.

Entretanto, o esforço não foi solitário... Pessoas iluminadas me auxiliaram para que esse trabalho se concretizasse...

DEUS por guiar a minha vida, me agraciando com mais uma conquista...

Meus pais, Cleonice e Márcio, pelo exemplo de coragem, determinação, discernimento e humildade...

Fred, pela nossa “nova vida” baseada no companheirismo, carinho e por tornar meus momentos de angústia e insegurança pelo mestrado mais descontraídos...

Toda a minha linda família e meus amigos, pelo incentivo, em especial, Tia Rô, por me auxiliar na transcrição das falas (o que não foi uma tarefa fácil!)...

Queridos amigos da Epidemiologia, Hilton, Adriana, Eloísa, Evandro, Jaqueline, Pedro, Lílian, e Priscila, por compreenderem a minha ausência em vários momentos...

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia pela disponibilidade...

Peninha, querida professora e orientadora, pela sabedoria, paciência e por acreditar em mim...

Amigas que fiz durante o mestrado, em especial, Nívea, Adriana, Juliana, Jaqueline e Walquíria, pela oportunidade de compartilhar conhecimentos, dúvidas, anseios e momentos felizes.

Os funcionários das escolas participantes, pelo acolhimento e disposição em ajudar...

Os adolescentes entrevistados, pelo aprendizado e pela confirmação de que temos muito a fazer pela saúde da nossa população.

ADOLESCÊNCIA

*Há no ar um teor de expectativa,
Borbulhar de emoções imprevisíveis:
Vários níveis de amores... e desníveis...
Idas e vindas: jovem coração
Preso em mil barreiras intransponíveis.
Muitos amigos, rios de solidão,
Mal-entendidos, chances de perdão,
Prisões de orgulho e celas tão terríveis
Que libertar-se delas é sofrer!
Mas sofrimento também faz crescer...
E o orgulho sucumbindo à humildade
Cultivará nos outros a esperança
De que deixaste os erros de criança
E agora tens responsabilidade...*

Éderson Peka

RESUMO

Os adolescentes, por estarem em uma fase peculiar da vida, permeada de novas experiências e descobertas, são mais vulneráveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST e, dentre elas, à hepatite B. A vacina é o melhor recurso disponível para a prevenção dessa doença. Entretanto, a cobertura vacinal para essa faixa etária é baixa em Santa Luzia/MG. O objetivo deste estudo foi o de compreender as representações e atitudes relacionadas à baixa adesão à vacina contra hepatite B por adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos do município de Santa Luzia/MG. Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se a metodologia qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi realizada em duas escolas do município, sendo uma de ensino público e a outra de ensino privado. Foram entrevistados 23 adolescentes, sete meninos e dezesseis meninas. Os sujeitos foram contactados em seus locais de estudo, durante o horário das aulas, e convidados a participar de uma entrevista individual, composta por um questionário com questões abertas direcionadas para as representações das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, dentre elas, a hepatite B, sobre vacinas e sobre a vacina contra hepatite B. A análise das entrevistas foi fundamentada no método de Análise Estrutural de Narração. Os resultados foram organizados em quatro categorias: 1) Conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis; 2) Fontes de informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis; 3) Adolescência e prevenção de IST e; 4) Vacinação e vacina contra hepatite B. A interpretação dos dados indicou que os adolescentes não possuem representações sobre a vacina hepatite B nem sobre essa infecção especificamente. Existe uma representação negativa focada na aids, como uma doença ruim e que mata, porém, as outras IST ganham uma posição secundária no que se refere à gravidade. Em alguns casos, os adolescentes possuem e também buscam informações na escola, na mídia e no convívio social sobre o assunto, mas além do conhecimento ser superficial e, muitas vezes, confuso, não há objetivação desse conhecimento para a construção das representações. A representação da vacina como um procedimento doloroso fez parte da infância, porém, hoje, os adolescentes a representam como algo benéfico, preventivo. Entretanto, a desinformação acerca das IST e da existência da vacina contra a hepatite B, aliada a ausência de práticas de saúde voltadas para esse público, favorecem a baixa cobertura vacinal contra a hepatite B e, conseqüentemente, a maior vulnerabilidade dos adolescentes à hepatite B. Este estudo aponta para a necessidade de implantação de um programa de educação sexual nas escolas públicas e privadas da cidade, em parceria com o setor saúde, com abordagem na esfera da sexualidade. Pode-se ainda pensar que essa poderia ser a situação de outros municípios de perfil semelhante. Programas educacionais em saúde e serviços de prevenção precisam ser desenvolvidos como uma ação efetiva antes que os adolescentes se envolvam em comportamentos de risco.

Palavras-Chave: Representações Sociais. Adolescência. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Hepatite B. Imunização. Vacinação contra a hepatite B/adolescentes. Enfermagem de Saúde Pública.

ABSTRACT

Adolescents are in a peculiar phase of life, filled with new experiences and discoveries. Therefore, they are more vulnerable to Sexually Transmissible Infections – STI, including hepatitis B. The vaccine is the best resource available to prevent this disease. However, few adolescents are vaccinated in Santa Luzia/MG. The objective of this study was to understand the representations and attitudes related to the low adherence to the vaccine against hepatitis B by adolescents between 11 to 19 years old in the city of Santa Luzia/MG. To reach the goal proposed, qualitative methodology was used, based on the Social Representations Theory. The research was done in two schools of the city, one public, and other private. 23 adolescents were interviewed, seven boys and sixteen girls. The subjects were contacted in their study places, during the time of the class, and invited to participate in an individual interview, composed of a questionnaire with essay questions about the representations of the Sexually Transmissible Infections (STI), including hepatitis B, about vaccines and the vaccine against hepatitis B. The analysis of the interviews was based on the Structural Analysis of Narrative. The results were organized in four categories: 1) Knowledge about sexually transmissible infections; 2) Information source about the sexually transmissible infections; 3) Adolescence and STI prevention and; 4) Vaccination and vaccine against hepatitis B. Data interpretations indicated that adolescents do not have representations about hepatitis B vaccine nor about these infections specifically. There is a negative representation focused on aids, perceived as a bad disease that kills. However, other STI are put in a secondary position when it comes to seriousness. In some cases, adolescents have and seek information at school, in the media or in the social aspect of the subject. But this knowledge is superficial and, many times, confusing. There is not a construction of representations from this knowledge. The representation of vaccine as a painful procedure is a part of childhood. However, nowadays, adolescents represent it as something good, preventive. Yet, disinformation about STI and about the existence of a vaccine against hepatitis B, allied with an absence of health practices for this public, favor low vaccine coverage against hepatitis B, and, consequently, a higher vulnerability of the adolescents. This study points to the need to implement a sexual education program in both private and public schools of the city, in a partnership with the health system, approaching the sexuality sphere. One can still assume that this could be the situation in other similar cities. Educational programs in health and prevention services need to be developed as an effective action before adolescents get involved in risky behavior.

Key words: Social representations, Adolescence, Sexually Transmissible Infections, Hepatitis B, Immunization, Vaccination against hepatitis B /adolescents, Public Health Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 - Representações dos adolescentes sobre as IST, Santa Luzia, MG, 2009 | 48 |
| FIGURA 2 - Fontes de informação dos adolescentes sobre as IST, Santa Luzia, MG, 2009..... | 58 |
| FIGURA 3 - Representações sobre as IST e o público adolescente, Santa Luzia, MG, 2009 | 65 |
| FIGURA 4 - Representações dos adolescentes sobre a vacinação, Santa Luzia, MG, 2009 | 68 |
| QUADRO 1 - Dados Demográficos dos Sujeitos Entrevistados, Santa Luzia, MG, 2009..... | 31 |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|----|
| 1 - | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 - | OBJETIVOS..... | 21 |
| 3 - | METODOLOGIA | 22 |
| 3.1 - | Referencial Teórico-Methodológico | 22 |
| 3.2 - | Percurso Metodológico | 24 |
| 3.2.1 - | Os Sujeitos e o Cenário da Pesquisa..... | 24 |
| 3.2.2 - | Técnicas e Instrumentos | 26 |
| 3.3 - | Aspectos Éticos da Pesquisa | 28 |
| 4 - | RESULTADOS..... | 30 |
| 4.1 - | Síntese da Narrativa dos Entrevistados..... | 33 |
| 4.2 - | A Construção das Categorias | 45 |
| 4.2.1 - | Conhecimentos Sobre As Infecções Sexualmente Transmissíveis..... | 48 |
| 4.2.1.1 - | Aids como principal infecção sexualmente transmissível..... | 48 |
| 4.2.1.2 - | Conhecimento superficial ou inexistente acerca das IST..... | 50 |
| 4.2.1.3 - | Doença ruim que gera medo, pavor e nojo | 52 |
| 4.2.1.4 - | Distanciamento da realidade das infecções sexualmente transmissíveis | 53 |
| 4.2.1.5 - | Importância da prevenção por meio do preservativo | 55 |
| 4.2.2 - | Fontes de Informação sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis | 58 |
| 4.2.2.1 - | A escola, como cenário central de (des)conhecimento..... | 58 |
| 4.2.2.2 - | A mídia e sua superficialidade | 60 |
| 4.2.2.3 - | Os pais e a capacidade de diálogo com os filhos adolescentes | 62 |
| 4.2.3 - | Adolescência e Prevenção de IST | 64 |
| 4.2.3.1 - | Distanciamento do grupo | 65 |
| 4.2.3.2 - | Invulnerabilidade dos adolescentes | 66 |
| 4.2.4 - | Vacinação e vacina contra hepatite B | 68 |
| 4.2.4.1 - | Do medo da agulha à importância da prevenção..... | 68 |
| 4.2.4.2 - | Desconhecimento sobre as vacinas do calendário do adolescente: tem vacina contra hepatite B?..... | 69 |
| 5 - | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 74 |
| | REFERÊNCIAS | 77 |
| | APÊNDICES | 82 |
| | ANEXOS..... | 87 |

1 – INTRODUÇÃO

A hepatite é uma das mais antigas moléstias que afligem a humanidade, sendo provável que muitas das descrições de icterícia presentes nos relatos de Hipócrates tenham como etiologia o vírus da hepatite. No entanto, datam do final do século XVII e início do século XVIII, as primeiras descrições de epidemias dessa enfermidade (RESEGUE e col., 1999).

A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado, podendo evoluir ainda para cirrose e carcinoma hepatocelular, sendo considerada um importante problema de saúde pública em todo o mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Acredita-se que existam mais de 350 milhões de portadores crônicos do VHB, e que mais de 500 mil morram, anualmente, vítimas dessa patologia (EASL, 2002). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estima que 15% da população já foram expostos ao vírus da hepatite B, e que 1% sofra de hepatite B crônica (BRASIL, 2002). A maioria das pessoas desconhece sua condição sorológica, agravando de forma acentuada a cadeia de transmissão da infecção (BRASIL, 2005).

O VHB sobrevive no sangue seco à temperatura ambiente por uma semana, e sua sobrevivência poderá ser ainda maior se estiver em ambiente úmido, sobretudo no sangue, plasma ou soro, e ao abrigo da luz (MINAS GERAIS, 2007). A hepatite B é mais contagiosa do que a Aids, podendo resultar, em alguns casos, em óbito imediato. No que se refere à morbidade, supera o álcool como causadora da cirrose hepática e hepatite crônica e é responsável por 80% dos casos de câncer hepático (BONETTO *et al.*, 1998).

O vírus da hepatite B pode ser transmitido por meio de relações sexuais

desprotegidas, uma vez que o vírus encontra-se no sêmen e secreções vaginais; da realização de procedimentos sem esterilização adequada ou sem utilização de material descartável, como intervenções odontológicas e cirúrgicas, hemodiálise, tatuagens, perfurações de orelha e colocação de piercings; transfusão de sangue e derivados contaminados; uso de drogas com compartilhamento de seringas, agulhas ou outros equipamentos; além de transmissão vertical (mãe/filho); aleitamento materno e acidentes perfuro-cortantes (BRASIL, 2005).

Dessa forma, alguns grupos são particularmente suscetíveis a esse agente, seja pela adoção de comportamentos de risco como uso de drogas injetáveis ilícitas, vários parceiros sexuais com relações sexuais desprotegidas, seja por condições de saúde que impliquem em transfusões sanguíneas frequentes como doença renal crônica terminal, além de exposição maior para aqueles que trabalham na área da saúde (POOVORAWAN e col., 2002).

Com a precocidade cada vez maior de relações sexuais e de uso de drogas, os adolescentes se configuram como grupo vulnerável à infecção pelo VHB.

A adolescência é categoria vinculada à idade, referindo-se, portanto, à biologia, ao estado e à capacidade do corpo. No entanto, o desenvolvimento do adolescente não se esgota nas diversas e importantes mudanças que acontecem no âmbito biológico e fisiológico; comporta várias significações superpostas elaboradas sociológica e historicamente. Dessa forma, além das mudanças biológicas, também ocorrem mudanças de papéis, de ideias e de atitudes (MARTINS e TRINDADE, 2003).

A Organização Mundial da Saúde define os adolescentes como aquelas pessoas que se encontram entre 10 e 19 anos e os jovens como aquelas entre 15 e 24 anos, utilizando o termo “gente jovem” para incluir os dois grupos (MARTINS e TRINDADE, 2003). Para o Ministério da Saúde, o sujeito adolescente encontra-se na faixa etária entre 11 e 19 anos, sendo essa referência utilizada como base pelo

Calendário de Vacinação de Rotina do Adolescente proposto pelo Programa Nacional de Imunização (Portaria nº. 1.602 de 17 de julho de 2006 / Ministério da Saúde).

Para Ferreira *et al.* (2007), a adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão bio-psicológica, quanto a cronológica e a social. O fato é que estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, pois o crescimento somático, o desenvolvimento de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam vigorosamente, levando a mudanças radicais de forma e expressão. No que se refere aos aspectos psicológicos, muitas são as transformações, principalmente as relacionadas à labilidade no humor. Surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde a forma de viver a vida, modos de ser e de estar com os outros, até a construção do futuro e as escolhas profissionais. A vulnerabilidade social e a exposição ao risco de se infectarem pelo VHB tornam-se uma realidade de saúde pública a ser enfrentada.

Para Bonetto *et al.* (1998, p.137),

Os adolescentes, em fase peculiar de desenvolvimento biopsicossocial, tendem a assumir comportamentos que os colocam em especial situação de risco para a Hepatite B: início progressivamente mais precoce da atividade sexual, com maior incidência de parceiros múltiplos (mais de um parceiro a cada seis meses); tendência ao uso de drogas injetáveis; pensamento mágico com relação à imunidade (“comigo não acontece”); desconhecimento do contágio por via sexual (60% dos adolescentes desconhecem a origem da infecção pelo vírus da Hepatite B) agravada por determinadas crenças, tais como as de que adolescentes e jovens raramente adoecem e não necessitam de imunizações (“vacina é coisa para crianças”).

Os adolescentes são considerados, portanto, um grupo com risco elevado de exposição ao VHB, em estudos mostrando um aumento da positividade para o VHB nessa faixa etária e se estende até a idade adulta (MCQUILLAN *et al.*, 1989; CLEMENS *et al.*, 2000). A vulnerabilidade desse grupo é associada à tendência dos adolescentes a manterem relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros, terem experiências com drogas ilícitas, fazerem uso abusivo de álcool, além da alta prevalência de acidentes, violência, IST/AIDS e gravidez precoce (LAWRENCE;

GOLDSTEIN, 1995; MEHEUS, 2000, CVE, 2001). Outros autores indicam que os adolescentes são susceptíveis à pressão negativa de seus pares, têm sensação de invulnerabilidade e imortalidade, e apresentam dificuldades em associar comportamentos de risco atual e consequências futuras (LAWRENCE; GOLDSTEIN, 1995, SOUZA; FREITAS, 2002).

Essa maior vulnerabilidade deve ser enfrentada também pelo setor saúde. A necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade é colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos (BRASIL, 2005).

Muitas intervenções voltadas para a melhoria da saúde dos adolescentes e dos jovens falham por terem um foco demasiadamente estreito e funcionarem isoladamente umas das outras, resultando, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), ao invés de focalizar separadamente problemas de saúde, tais como Aids ou uso de drogas, obtém-se melhor custo-benefício quando se faz a integração entre grupos de intervenções que se apoiam mutuamente. Uma vez que a maioria dos problemas tem causas comuns, é possível trabalhar com uma combinação de intervenções capaz de promover o desenvolvimento saudável dos jovens.

Qualquer que seja a ação realizada deve conter o compromisso de divulgação e facilitação do acesso a todos os serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde (BRASIL, 2005). A melhoria dos serviços de saúde decorre da necessidade de prestar atenção integral à saúde também dos adolescentes.

Entre os programas que buscam a realização da atenção integral, incluem-se aqueles destinados à prevenção de agravos, sobretudo programas de imunização que se consolidaram gradualmente no Brasil, principalmente nos últimos 30 anos.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi instituído em 1973, com o objetivo de disponibilizar, gratuitamente, imunobiológicos para crianças menores de cinco anos contra as principais doenças preveníveis que incidem no país. A imunização tornou-se um programa de saúde pública considerado exemplar e reconhecido como de excelência por sua efetividade, levando à queda acentuada da incidência das doenças infecciosas (BRASIL, 2003).

A partir do início da década de 1990, o PNI modificou seu foco de atenção, promovendo importantes alterações nos esquemas de imunização ativa e rotineira, incluindo a infância e a adolescência (CVE, 2001). Dessa forma, é recomendado o uso de algumas vacinas incluídas no “calendário infantil” também para crianças maiores, adolescentes e jovens, e algumas vacinas também para adultos não vacinados. Além disso, vacinas anteriormente recomendadas apenas para os chamados “grupos de risco”, passaram a figurar no calendário de imunização universal.

Dentre as tecnologias disponíveis, a vacina contra o VHB é a forma mais eficaz para a prevenção da hepatite B e representa um grande avanço no controle desta enfermidade (DEEKS e col., 1998). A Organização Mundial de Saúde, desde 1991, recomenda a vacinação universal contra hepatite B, tendo sido incorporada no calendário vacinal de mais de cem países no mundo (VAN DAMME, 2001).

No Brasil, a vacina contra o VHB é oferecida gratuitamente a grupos de risco desde o início da década de 1990 e, mais recentemente, após o ano de 1998, estendida a indivíduos com idade inferior a 20 anos, em todas as regiões (BRASIL, 2003).

O calendário básico de vacinação para as crianças é completado na faixa etária dos quatro aos seis anos de idade (Calendário Básico de Vacinação da Criança – ANEXO A). Após os 10 anos, se a criança ainda não foi imunizada contra a hepatite B, a vacina é aplicada entre 11 e 19 anos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde, além dos reforços de outras vacinas, conforme o calendário de vacinação do adolescente (Calendário de Imunização de Rotina na Adolescência – ANEXO B).

O esquema completo de vacinação contra hepatite B é realizado por meio de três doses, com intervalo de tempo de zero, um e seis meses entre elas. De acordo com Ferreira e Silveira (2006), a proteção da vacina contra hepatite B aumenta com o número de doses aplicadas. De maneira geral, essa é uma vacina muito eficaz, com taxas de proteção de 95%, com variações de 80 a 100% entre aqueles indivíduos submetidos ao esquema completo de vacinação.

Entretanto, a população adolescente é negligenciada pelas campanhas de vacinação em massa, além de ser menos atingida pela atenção primária em saúde, de modo que uma parcela considerável de adolescentes e adultos jovens não tem imunidade para certas doenças endêmicas na comunidade (BRASIL, 2003), sendo que, algumas dessas doenças (p.ex., tuberculose, hepatites virais), apresentam picos de incidência nessa faixa etária (CDC, 1998).

Estudos mostram uma baixa cobertura vacinal contra hepatite B na população de adolescentes (JAMES; CHEN, 2001; CDC, 1998). No Brasil, a população total de adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos corresponde a 29.984.406 adolescentes. Desse total, apenas 18.052.190 estão imunizados contra a hepatite B (esquema completo), o que corresponde a 60,20% de cobertura vacinal (DATASUS, 2010).

No estado de Minas Gerais, a população de adolescentes entre 11 e 19 anos é de aproximadamente 3.041.909. A população imunizada contra hepatite B nessa faixa etária é de 2.014.168, o que equivale a 66,21% (DATASUS, 2010).

Dados de cobertura vacinal contra hepatite B para a faixa etária de 11 a 19 anos em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, mostram que, em uma população de aproximadamente 337.512 indivíduos, apenas 187.921 (55,67%) estão imunizados contra a hepatite B.

No município de Santa Luzia, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte/MG, com população total de aproximadamente 230.000 habitantes, 16% encontram-se na faixa etária de 11 a 19 anos de idade, o equivalente a 37.073 adolescentes. No período de 1998 a novembro/2009, o número total de adolescentes vacinados contra hepatite B (esquema completo – 3 doses) era de 20.601, o que equivale a 55,56% do total dessa faixa etária. Sendo assim, 16.472 adolescentes, que correspondem a 44,44% dessa população, não está imunizada ou não possui o esquema vacinal completo (DATASUS, 2010).

Percebe-se que, embora os adolescentes estejam em um período que merece atenção e cuidado pelas características inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento associadas às especificidades de hábitos e comportamento próprios, não é comum os serviços de saúde desenvolverem atividades voltadas especificamente para a população adolescente. Considera-se ainda, que há falha na realização de assistência em saúde a esses sujeitos, que possuem necessidades particulares e dificuldades para procurar e utilizar os serviços de saúde disponíveis.

Segundo Ayres e Júnior (2000), há poucos serviços de atendimento para os adolescentes e, quando existem, na maioria das vezes, não se ocupam das dimensões individual e coletiva da promoção de saúde que seriam fundamentais na assistência do adolescente, mas sim na perspectiva médica e puramente curativista.

Segundo Middleman e col. (1999), os jovens são resistentes à vacinação contra hepatite B, mesmo quando conhecem o risco de infecção pelo VHB. A baixa adesão à vacina é atribuída ao longo período necessário para completar o esquema vacinal - três doses, no intervalo de zero, 30 e 180 dias (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Oliveira *et al.* (2007) afirmam que a disponibilização de programas de imunização em escolas parece aumentar a adesão desse grupo à vacina contra o VHB, garantindo a administração do esquema vacinal completo, sem que haja questionamentos sobre o longo período necessário para completá-lo.

Ao se refletir sobre a baixa adesão à vacina contra hepatite B pelos adolescentes, foram utilizados os critérios propostos por Donabedian (1990) para avaliação de serviços de saúde, sendo possível interrogar os motivos subjetivos que justifiquem tais resultados, para além dos dados quantitativos acima apresentados. Tais critérios permitiram, portanto, organizar a reflexão para melhor colocar o problema, mas não serão utilizados como base para análises posteriores, porque não são o foco do problema de pesquisa.

Donabedian (1990) considera que a qualidade do cuidado é um conceito de muitos componentes que podem ser agrupados em sete eixos: a) eficácia, b) efetividade, c) eficiência, d) otimização, e) aceitabilidade, f) legitimidade e g) equidade, sendo assim descritos:

A **eficácia** é a capacidade da ciência e da arte do cuidado à saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. A **efetividade** é a melhoria na saúde que se consegue, ou se espera conseguir, sob as circunstâncias rotineiras da prática diária. A **eficiência** é uma medida do custo para o qual qualquer melhoria de saúde é conseguida, enquanto que a **otimização** significa valorizar os efeitos do cuidado

relacionados a seu custo. A **aceitabilidade** é entendida como a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de suas famílias que, em grande parte, depende das valorizações subjetivas do usuário referentes a efetividade, eficiência e otimização – mas não inteiramente. Outros elementos entram no quadro: a acessibilidade do cuidado, os atributos da relação profissional-paciente e as características do local de prestação do cuidado. A acessibilidade é definida como a possibilidade de o usuário obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. É um importante determinante na qualidade. A **legitimidade** pode ser entendida como a aceitabilidade do cuidado para a comunidade ou a sociedade em geral. A **equidade** é o princípio segundo o qual se determina o que é justo ou satisfatório na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros da população. Como um dos pilares da qualidade, inclui: o que a sociedade considera satisfatório, a distribuição do acesso ao cuidado e a distribuição da qualidade do cuidado subsequente e de suas consequências.

Ao se refletir sobre o serviço de imunização contra hepatite B para problematizar a baixa cobertura alcançada da vacinação da população adolescente do município de Santa Luzia/MG, utilizando-se os sete eixos propostos por Donabedian (1990), obtém-se a seguinte situação:

- **Eficácia:** O Ministério da Saúde – MS, junto ao Programa Nacional de Imunização - PNI, preconiza que o calendário vacinal do adolescente deve conter as três doses da vacina contra hepatite B, com esquema de zero, um e seis meses. Entretanto, no município de Santa Luzia, não há aplicação das três doses nessa faixa etária em todos os adolescentes (cobertura vacinal de 55,56%), revelando que o objetivo não está sendo atingido.

- **Efetividade:** Como a população de adolescentes em Santa Luzia não é vacinada em sua totalidade, apesar de haver disponibilidade dos imunobiológicos, o resultado esperado da cobertura vacinal para melhorar a saúde não é alcançado.

- **Eficiência:** As vacinas são disponibilizadas mensalmente pelo MS, porém a cota total não é utilizada, pois o número de vacinações é menor do que o número de doses recebidas.

- **Otimização:** Como o serviço de imunização contra hepatite B para os adolescentes não é efetivo e nem eficiente, não se chega à otimização.

- **Aceitabilidade:** Parece que os adolescentes desconhecem a hepatite B, a vacina ou a importância da prevenção. Há também outros aspectos subjetivos tais como medo de injeção, preconceito, sensação de invulnerabilidade, entre outros que podem influenciar a demanda. A aceitabilidade, portanto, se revela baixa, sem que se conheça de forma aprofundada os motivos.

- **Legitimidade:** Apesar de a vacina estar legitimada pelos conhecimentos científicos e aprovada pelos órgãos responsáveis, pode-se afirmar que não alcança a legitimidade esperada porque a população adolescente não aderiu ao cuidado. Não busca a vacina ou não completa o esquema vacinal.

- **Equidade:** Os recursos estão disponíveis e são distribuídos, porém a demanda é espontânea, apontando dificuldades dos serviços em se aproximarem adequadamente da população alvo.

A discussão dos itens acima mostra que há um descompasso entre o que é esperado pelas políticas públicas e o que é atingido no município de Santa Luzia. Além disso, parece haver barreiras ainda não identificadas que justifiquem a baixa cobertura vacinal.

Cabe interrogar se as representações dos adolescentes sobre a doença, a vacina, o risco de infecção, os modos de transmissão do vírus da hepatite B, o procedimento injetável para aplicação da vacina, o processo saúde-doença, além de representações sobre a invulnerabilidade em todas as áreas nessa fase da vida, seriam aspectos fundamentais que explicariam tal ocorrência. Porém, sem uma abordagem mais aprofundada da situação, sobretudo do ponto de vista dos adolescentes, não se poderia afirmar a importância de um ou outro aspecto.

Espera-se que este estudo contribua para a construção de enfoques pertinentes de promoção da saúde para os adolescentes, para otimizar oportunidades de contato de adolescentes e jovens com a equipe de saúde, e conseqüentemente, se operem mudanças de atitudes em todos os envolvidos, usuários e profissionais, em busca da integralidade da assistência e do direito à saúde.

2 - OBJETIVOS

GERAL

- Compreender representações e atitudes relacionadas à baixa adesão à vacina contra hepatite B por adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos do município de Santa Luzia/MG.

ESPECÍFICOS:

- Identificar representações de adolescentes sobre a hepatite B e sua prevenção;
- Identificar representações de adolescentes sobre vacina;
- Compreender atitudes de adolescentes em face da prevenção da hepatite B;
- Compreender a imbricação entre representações e atitudes que pode levar os adolescentes a não se vacinarem contra a hepatite B.

3 - METODOLOGIA

Neste estudo, utiliza-se a abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS).

No que se refere à adoção da pesquisa qualitativa, Cavalcante (2001) retrata que, na área de promoção da saúde, fica cada vez mais evidente a necessidade do aprofundamento dos achados estatísticos, que não conseguem explicar o motivo pelo qual as pessoas adotam determinados comportamentos e não outros, mesmo conhecendo os riscos como, por exemplo, não usar a “camisinha” mesmo sabendo do risco das IST/Aids ou fumar mesmo sabendo dos riscos do tabagismo.

A TRS constitui uma renovação do interesse pelos fenômenos coletivos e, mais exatamente, pelas regras que regem o pensamento social. A identificação da visão de mundo que os indivíduos ou grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, é indispensável para se compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais (CAMPOS e LOUREIRO, 2003).

3.1 - Referencial Teórico-Metodológico

O conceito da Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposto em 1961 por Serge Moscovici, psicólogo social francês, que se opunha ao dominante modelo norte-americano que se ocupava, basicamente, dos processos psicológicos individuais. Segundo Sá (1993), Moscovici acreditava que o modelo era incapaz de responder às relações informais e cotidianas da vida humana, social ou coletivamente.

A TRS teve como base conceitual a proposta das representações coletivas difundida

anteriormente pelo também sociólogo francês Émile Durkheim, que considerava os fatos provenientes de conhecimentos inerentes à própria sociedade. Durkheim afirmava que as experiências e o saber seriam os produtos da sociedade submetida a influências que se estenderiam no espaço e no tempo, formando gerações que compartilham as mesmas idéias, representadas coletivamente (SÁ, 1993).

A TRS defendida por Moscovici busca estabelecer uma psicossociologia do conhecimento, na qual a união dos aspectos sociológicos aos psicológicos seria considerada como um sistema de pensamento (SÁ, 1993).

Moscovici (2003) considera que as representações sociais são formadas por influências recíprocas implícitas no curso das comunicações interpessoais, em que as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores. Nesse sentido, os indivíduos adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados no cotidiano.

As representações podem ser definidas, mais explicitamente, como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Essa modalidade tem por função a adoção de comportamentos e a comunicação entre pessoas, de modo a conferir sentido e assegurar a participação de sujeitos na sociedade (JODELET, 2001).

Diante dessas considerações, optou-se pelo referencial das representações sociais devido à pertinência desse conjunto teórico-conceitual para a análise do objeto deste estudo e das possibilidades que essa teoria apresenta, ao permitir um maior aprofundamento dos variados aspectos sociais, individuais e psicológicos associados à hepatite B como uma infecção sexualmente transmissível (IST) e sua forma de prevenção, por meio da vacina, para os adolescentes.

3.2 - Percurso Metodológico

3.2.1 - Os Sujeitos e o Cenário da Pesquisa

Os campos escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa foram duas escolas de Santa Luzia/MG, sendo uma de ensino público (municipal) e a outra de ensino privado, ambas localizadas no centro histórico da cidade, porém em bairros distintos. A escola municipal ministra o ensino fundamental e a particular, o ensino fundamental e o médio. A escolha destas duas escolas pretendeu facilitar a organização da coleta e obtermos diversidade de dados com alunos de ensino público e privado.

O contato inicial foi feito com as diretoras das instituições para apresentação dos objetivos do estudo, obtenção do consentimento para participação dos alunos e solicitação de apoio logístico para a realização e a divulgação da coleta de dados.

Os critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser aluno das respectivas escolas, ter entre 11 e 19 anos e ser sorteado aleatoriamente conforme numeração do diário de classe. Optou-se pela escolha dos diários da nona série (antiga oitava série) da escola pública e os diários do nível médio da escola privada (primeiro, segundo e terceiro anos), tendo em vista que os alunos dessas séries já estavam há mais tempo na escola que os das séries anteriores.

As entrevistas foram realizadas de maio a setembro do ano de 2009, em salas reservadas. Na escola privada, ocorreram no laboratório de ciências. Na escola pública, na biblioteca, durante o horário das aulas do turno da manhã.

O convite inicial para participação dos alunos foi informal, sendo posteriormente entregue e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os adolescentes que se interessavam. Aos alunos menores de dezoito anos foi solicitada a autorização também dos pais/responsáveis para a realização das entrevistas.

O número de sujeitos não foi definido *a priori*, considerando que na investigação qualitativa deve-se analisar o material coletado durante a pesquisa de campo, até se encontrar a saturação dos conteúdos, quando se define pelo término da mesma. Como afirmam Fontanella, Turato e Ricas (2008), a amostragem por saturação constitui-se em uma ferramenta conceitual empregada de forma frequente nas investigações qualitativas na área da saúde, e é utilizada para estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa repetição de conteúdos.

Foram sorteados, inicialmente, 10 alunos de cada escola, pelas listas de frequência das últimas turmas (9º ano) do ensino fundamental da escola pública e das três turmas do ensino médio da escola privada. Dos 20 alunos sorteados, sete não aceitaram participar e um pai não permitiu a participação de seu filho. Foram, então, sorteados mais 20 alunos, que foram convidados preliminarmente, sendo incluídos 11, ao final quando houve saturação dos dados com 23 entrevistas. A saturação adveio da repetição das mesmas informações pelos entrevistados, assim como das justificativas e julgamentos sobre os objetos das falas propostos pelo entrevistador ou recorrentes entre os adolescentes.

Cada adolescente recebeu o pseudônimo – ADE para a garantia do anonimato, seguido do número relativo à sequência numérica de realização das entrevistas.

3.2.2 – Técnicas e Instrumentos

Com a intenção de explorar as representações dos adolescentes sobre a doença hepatite B, seus riscos e prevenção, a técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista individual.

A entrevista se constitui em uma das principais técnicas de trabalho utilizadas nas ciências sociais, pelo fato de sua utilização promover interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Possui uma grande vantagem ao permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (ALVES-MAZZOTTI E GEWANDSZNAJDER, 1998).

Para este estudo, os depoimentos dos adolescentes foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, com questões abertas, gravadas, seguindo roteiro previamente elaborado pelo pesquisador. Além disso, foram coletados dados objetivos dos entrevistados, tais como: idade, sexo, escolaridade, etc., e realizada análise do cartão de vacinação para avaliação do calendário de vacinas administradas durante a adolescência.

O roteiro contou com questões direcionadas para o conhecimento das IST e dentre elas a hepatite B, no que se refere ao contágio, às histórias vividas e sentimentos sobre a infecção e sobre vacinas, com ênfase na vacina contra hepatite B (Apêndice B).

Os dados foram interpretados utilizando-se o método de análise estrutural de narração proposto por Demazière e Dubar (1997). Esse tipo de análise permite a abordagem de grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores,

representações, mentalidades e ideologias, além de explicar os fenômenos sociais particulares.

Para Barthes (2001), compreender uma narrativa não significa apenas acompanhar o desenrolar de uma história, mas também reconhecer 'estágios', projetar os encadeamentos horizontais do 'fio' narrativo sobre o eixo implicitamente vertical; ler ou ouvir uma narrativa não é apenas passar de uma palavra para outra, é também passar de um nível a outro. Sendo assim, por mais completa que seja uma análise vertical do discurso, para ser eficiente, torna-se necessário realizá-la horizontalmente, uma vez que o sentido não está 'no fim' da narrativa, ele a perpassa. Após a análise de cada entrevista, foram definidos os objetos dos discursos, com suas explicações, justificativas e reflexões das quais emergem as representações. Estas representações são categorizadas em torno de um objeto da fala, para o conjunto das entrevistas, o que é chamado de análise transversal.

Segundo Blanchet e Gotman (2001), a análise de conteúdo se constrói primeiramente em uma **leitura vertical** na qual se busca o sentido global do conteúdo das entrevistas por meio da identificação dos temas tratados; posteriormente, uma **leitura horizontal**, de forma a enumerar as sequências (S) de cada entrevista, identificando-se os fatos narrados (F), as justificativas apresentadas para eles (J), os sentimentos e personagens envolvidos na trama (P); e num segundo momento, as sequências que trataram do mesmo assunto foram agrupadas em categorias nomeadas pelo tema central do conteúdo; e, na **leitura transversal**, as entrevistas foram analisadas em seu conjunto, agrupando-se as categorias encontradas, as conjunções e as disjunções do conteúdo, renomeando-as pela síntese do conteúdo das representações encontradas; e, por fim, a interpretação das categorias empíricas, com uma discussão das representações encontradas na análise, em conjunto com a literatura pertinente.

A análise foi feita, dessa forma, em quatro etapas, sendo as duas primeiras realizadas para cada entrevista separadamente, a terceira e a quarta para o

conjunto das entrevistas e correspondendo à interpretação dos dados, com a discussão dos resultados à luz da literatura acerca do assunto, possibilitando que emergissem as representações ligadas aos objetos das falas dos sujeitos entrevistados.

3.3 – Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – Parecer nº. ETIC 041/09 (ANEXO C) e foi autorizada a participação das escolas pela Secretaria Municipal de Educação de Santa Luzia (ANEXO D).

As entrevistas foram realizadas após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, frisando-se a importância da preservação do sigilo e do respeito ao grupo por meio de uma conversa inicial com os sujeitos e pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo adolescentes, suas assinaturas e as de seus pais foram coletadas conforme os critérios explicados a seguir:

- Adolescentes de 13 a 17 anos: TCLE assinado pelo adolescente e pelos pais ou responsáveis, em linguagem adequada.
- Adolescentes maiores de 18 anos: TCLE a ser assinado pelo adolescente.

Foi esclarecido a todos os adolescentes que a participação seria livre e sua desistência respeitada, não lhes acarretando nenhum prejuízo na escola ou nos atendimentos em serviços de saúde.

Os sujeitos foram informados que as entrevistas seriam gravadas e foram iniciadas

somente após consentimento e a assinatura do TCLE. Os dados (áudio) coletados por meio das entrevistas foram repassados para o computador, transcritos e analisados. As gravações foram preservadas após o término da pesquisa e permanecerão guardadas por cinco anos sob os cuidados da coordenadora da pesquisa e, depois, destruídas.

4 - RESULTADOS

Com o intuito de compreender as representações dos adolescentes relacionadas às Infecções Sexualmente Transmissíveis, de uma maneira geral e, em especial, a doença hepatite B e a vacina contra ela, retoma-se que este estudo considerou como pressupostos o desconhecimento sobre a doença hepatite B e, conseqüentemente, da vacina contra hepatite B, o desconhecimento sobre o Calendário de Vacinação para os adolescentes, a vinculação frágil dos adolescentes às Unidades Básicas de Saúde e a sensação de invulnerabilidade na adolescência. Dos 23 alunos entrevistados, sete são do sexo masculino (30,4%) e 16 do sexo feminino (69,5%). A faixa etária dos adolescentes entrevistados foi de 13 a 18 anos, com uma média de 14 (39,1%) e 15 anos de idade (17,3%), um adolescente com 18 anos. No período da coleta de dados, 14 alunos (60,8%) cursavam o nono ano do ensino fundamental na escola pública, e os outros nove (39,1%) o ensino médio da escola privada, sendo três alunos no primeiro ano (13,0%), três no segundo ano (13,0%) e três no terceiro ano (13,0%), conforme o quadro a seguir.

QUADRO 1 - DADOS DEMOGRÁFICOS DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS, SANTA LUZIA, MG, 2009

| PSEUDÔNIMO | SEXO | IDADE | SÉRIE | ESCOLA |
|-------------------|-------------|--------------|-----------------|---------------|
| ADE 01 | MASCULINO | 16 ANOS | 1º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 02 | FEMININO | 15 ANOS | 1º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 03 | FEMININO | 15 ANOS | 1º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 04 | MASCULINO | 18 ANOS | 2º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 05 | FEMININO | 16 ANOS | 2º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 06 | FEMININO | 17 ANOS | 3º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 07 | FEMININO | 17 ANOS | 3º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 08 | MASCULINO | 17 ANOS | 3º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 09 | FEMININO | 13 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 10 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 11 | MASCULINO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 12 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 13 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 14 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 15 | MASCULINO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 16 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 17 | MASCULINO | 15 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 18 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 19 | FEMININO | 15 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 20 | MASCULINO | 16 ANOS | 2º ANO/E. MÉDIO | PRIVADA |
| ADE 21 | FEMININO | 13 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 22 | FEMININO | 14 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |
| ADE 23 | FEMININO | 13 ANOS | 9º ANO/E. FUND. | PÚBLICA |

Fonte: Informações coletadas durante as entrevistas

No que se refere à situação social, ressalta-se que todos os entrevistados moram com a mãe (100%), 15 moram também com o pai (65,2%), 19 moram também com irmãos (82,6%) e três moram também com outras pessoas da família (13,0%), como padrasto, primos, etc. Apenas dois adolescentes trabalham (8,6%) e ambos são estudantes da escola privada, provavelmente devido à faixa etária mais alta desse grupo. No que se refere à renda familiar, um (4,3%) adolescente informou que sua família possui renda inferior a R\$1.000,00, quatro (17,3%) informaram renda entre

R\$1.000,00 a R\$2.000,00, cinco (21,7%) renda acima de R\$2.000,00 e 13 (56,5%) não souberam informar.

Sobre a assistência à saúde, todos os alunos da escola pública informaram que frequentam algum estabelecimento de saúde, sendo 10 (71,4%) por motivo de doença, dois (14,2%) para se vacinarem e dois (14,2%) não souberam informar. Entre os adolescentes da escola particular, sete (77,7%) informaram que frequentam estabelecimentos de saúde, sendo que seis (66,6%) informaram ser por motivo de doença e os três (33,3%) restantes não souberam informar. Sobre o tipo de assistência à saúde utilizado, nove (39,1%) adolescentes informaram usar o serviço público, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo todos provenientes da escola pública, 11 (47,8%) utilizam convênio e três (13,0%) utilizam o serviço particular.

Além de apresentar o contexto objetivo de vida dos entrevistados, a síntese construída no Quadro 1 foi necessária para se buscar posteriormente o reconhecimento das consonâncias e disjunções na construção das representações, ao se considerar que possam existir particularidades nos 'subgrupos' (mais velhos/mais novos, escola pública/privada, meninos/meninas, etc.). Sempre que houver disjunções que apontem discordância nas representações entre 'subgrupos', estas serão discutidas ao longo da análise.

No entanto, verificou-se que o fato de estudarem em escola pública ou privada e a situação sócio-econômica do grupo não influenciaram nas representações encontradas nos relatos analisados. Assim, independentemente da situação sócio-econômica e da qualidade do ensino prestado, há homogeneidade nas falas de todos os adolescentes, não sendo possível concluir que alguma representação esteja relacionada exclusivamente a um grupo em decorrência de sua condição sócio-econômica ou tipo de ensino. O que parece ser o diferencial, num primeiro momento, é a informação sobre esse assunto no ambiente familiar, principalmente quando um

dos pais trabalha na área da saúde, como se pode verificar abaixo, nas sínteses apresentadas.

4.1 – Síntese da Narrativa dos Entrevistados

A interpretação das entrevistas permitiu identificar fatos, atores envolvidos, justificativas e sentimentos que estruturaram as narrativas e desvelaram algumas atitudes e representações, de acordo com o tema abordado, o que é apresentado, inicialmente, pela síntese da fala de cada participante.

ADE 01 (16 anos)

No que se refere às DST, o ADE 01 conhece sobre aids, gonorréia e sífilis. As fontes de informação são a televisão e a escola, mas também tem acesso à internet. Sente medo quando pensa em DST pelo fato de “ter muita gente perto dele que, mesmo sabendo, tendo informação, prefere não prevenir”. Não conhece ninguém que já teve ou tem alguma DST. Para ele, a forma de prevenção que lembra é a camisinha, da qual faz uso. Não conhece nenhuma forma de prevenir DST por vacina, mas se tivesse tomaria, pois já tomou várias vacinas durante a infância e não tem nenhum receio em se vacinar. No que se refere à hepatite B, já ouviu falar e sabe que é uma DST, mas não sabe sobre os sintomas. Sabe que existe vacina (mas é incoerente nessa informação, quando não a relaciona com prevenção), e afirma que não teve nenhum ensino sobre esses assuntos na escola. Também não tem diálogo sobre isso em casa com os pais nem com os amigos. Quando pensa no comportamento dos adolescentes frente às DST, acha que se eles tivessem consciência que qualquer um pode pegar, seria muito mais fácil de controlar. Acredita que exista uma preocupação sim, mas a considera insuficiente, uma vez que os adolescentes acreditam que a camisinha vai ‘cortar’ o prazer.

ADE 02 (15 anos)

A ADE 02 conhece sobre aids, sífilis e hepatite B. Relata que a aids pode matar, que a hepatite ataca o fígado e sobre a sífilis informa que a professora já havia falado nisso, mas que ela “não se lembrava”. Seu sentimento sobre as DST é de medo, mas acredita que terá atitudes de prevenção quando iniciar suas atividades sexuais. Não conhece ninguém que já teve ou tem alguma DST. As fontes de informações para o conhecimento dessas doenças foram a escola, a televisão e o jornal, mas também tem acesso à internet. A forma de prevenção que conhece é a camisinha. Sobre a hepatite B relata que é uma doença sexualmente ‘transmitível’, e que as outras formas de transmissão são pelo uso de ‘vacinas’, seringas contaminadas e da mãe para o filho, no momento do parto. Informa que existe proteção contra a doença por meio da vacina e que já ‘tomou todas’. Relata que na infância não gostava e sentia medo de tomar vacinas, mas que sua mãe a levava sempre, até para tomar as vacinas ‘particulares’, fato que continua até hoje, pois todo ano toma a vacina contra a gripe. Quando pensa no comportamento dos adolescentes frente às DST, diz que tem certeza que os casos vão aumentar muito, porque os adolescentes estão ‘sem cabeça’. “As pessoas sempre falam assim, isso não vai acontecer comigo... E quando falam isso pode ter certeza de que vai acontecer... Porque quando falam que isso não vai acontecer... porque não previnem e não têm medo”.

ADE 03 (15 anos)

Sobre as DST, ADE 03 conhece aids, herpes e hepatite B. Relata que possui conhecimento sobre os sintomas dessas doenças, sendo o surgimento ‘de bolinhas na boca ou na vagina’ relativos ao herpes; à hepatite B, dor abdominal e febre; e à aids, o surgimento de doenças diversificadas, porque a pessoa perde a imunidade. Relata que possui o vírus do herpes ‘emocional’, que considera perigoso, pois, dependendo do contato, pode ocorrer a transmissão pelo beijo, relação sexual, agulhas, etc. As fontes de informação são a escola e a mãe que é pediatra e ‘conversa muito’ com ela. Ainda não tem relações sexuais e não conhece ninguém que teve ou tem uma DST. As formas de prevenção informadas são camisinha, redução de parceiros e vacina, sendo esta última a forma utilizada por ela. Entretanto, mesmo bem orientada, refere ter tomado apenas uma das três doses do esquema vacinal contra hepatite B, devido a esquecimento. Quando fala no

comportamento dos adolescentes frente às DST, reflete que não pensam muito sobre essas doenças e também não as evitam... Acredita que todos têm informações, porque 'tem em todo o lugar', televisão, escola, mas 'o adolescente não se preocupa, pensa que não vai acontecer com ele'.

ADE 04 (18 anos)

ADE 04 cita a existência de várias doenças sexualmente transmissíveis, como a aids, hepatite B, sífilis, HPV, gonorreia, mas diz não saber falar de nenhuma porque 'não se lembra', apesar de tê-las estudado 'há pouco tempo'. Relata somente a forma de transmissão que pode ser por meio da relação sexual e transfusão de sangue. Pensa que DST é um 'assunto sério, um problema'. As fontes de informação foram a escola e a mãe que é enfermeira e conversa sobre isso com ele. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Sobre as formas de transmissão ele cita a camisinha, da qual faz uso, e a vacina, no caso da hepatite B. Não demonstra nenhum impedimento em tomar vacinas, mas não sabe informar se já tomou a vacina contra a hepatite B. Refere ter tido medo de vacinas, na infância, devido à 'injeção'. Sobre a hepatite B, acredita que pode afetar o fígado e causar cirrose com o tempo, se não for bem tratada; podendo ser transmitida por meio de relações sexuais e transfusão de sangue, além de poder 'passar da mãe para o filho'.

ADE 05 (16 anos)

ADE 05 relata que, apesar de ter estudado sobre as DST há pouco tempo, só se lembra da hepatite B e da aids. A forma de transmissão é pelo contato sexual e de seringas contaminadas, e a profilaxia é a camisinha. Para a hepatite B, também a vacina. Relata ainda que a hepatite B pode dar alterações no fígado e cirrose. Em relação às fontes de informação, a adolescente foca muito a escola, pelas matérias em sala de aula, além da internet e dos pais. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Ainda não iniciou sua vida sexual. Sabe que existe a vacina contra hepatite B e informa que tomaria por profilaxia.

ADE 06 (17 anos)

ADE 06 cita apenas a aids e a hepatite B como DST. Sabe que são sexualmente transmissíveis e que não têm cura, sendo que o avanço da doença pode causar a morte da pessoa. Seu sentimento sobre as DST é de 'tristeza', julgando a falta de cuidado de pessoas que estão infectadas passarem para outras e não se preocuparem com o resultado. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. As fontes de informação sobre as doenças foram a escola, a televisão, internet e sua casa. Relata que as formas de prevenção para as DST são a camisinha e abstinência sexual. Ainda não teve nenhuma relação sexual. Não sabe se existe vacina contra alguma DST mas, se tivesse, tomaria, pois não sabe se pode confiar nas pessoas. Focando a hepatite B, não sabe se pode ser transmitida de outra forma que não por relação sexual. Sendo assim, a forma de prevenção é a utilização de preservativo. Sobre vacinação, a adolescente lembra que na infância gostava de se vacinar porque tinha o 'Zé Gotinha' e também por ganhar balão e bala. Porém, na adolescência, precisou tomar a vacina antitetânica e teve medo da agulha. No que se refere aos adolescentes e às DST, relata que, apesar de haver informação, "na hora da relação sexual as pessoas não pensam na consequência do ato sem proteção".

ADE 07 (17 anos)

ADE 07 lembra somente da aids como DST. Cita a relação sexual e a transmissão vertical (mãe para o filho) como formas de transmissão da doença. Possui um sentimento de pavor, por não querer pegar a doença. Pelo fato de ser novata nessa escola, afirma que as fontes de informação sobre a doença foram a antiga escola e a internet. Em casa não existe esse tipo de conversa. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Relata não conhecer nenhuma forma de prevenção para a aids. Quando indagada sobre a existência de vacina contra alguma DST, diz que desconhece mas que, se existisse, tomaria para se prevenir. Sobre a hepatite B, ela já ouviu falar, mas não sabe dizer nada a respeito da doença, somente acha que já tomou duas doses da vacina. Quando se lembra de sua relação com a vacina na infância, diz que tinha medo da dor devido à agulha, mas agora fica tranquila. Quanto aos adolescentes, ela acha que devem conhecer mais sobre as doenças para que não fiquem doentes, porque muitos não têm conhecimento.

ADE 08 (17 anos)

ADE 08 conhece a aids, hepatite B, sífilis e herpes, como DST. Sabe que são transmissíveis e que a aids pode causar a morte. Quando pensa sobre essas doenças o que lhe vem à cabeça é a prevenção. Sobre as práticas de prevenção, cita o preservativo, do qual faz uso, e a redução de parceiros. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. As fontes de informação sobre as doenças foram a escola e seus pais. Quando indagado sobre a existência de vacina como proteção às DST, ele fica em dúvida se existe vacina para hepatite B, mas afirma que, se tivesse, tomaria. No que se refere especificamente à hepatite B, relata que sabe apenas que é sexualmente transmissível. Tem lembranças de infância sobre a dor ao se vacinar, mas, hoje, sabe da importância dessa prevenção e continua se vacinando. Quanto aos adolescentes, afirma que é muito fácil ser contaminado atualmente, mas a pessoa pode se prevenir, se quiser. Entretanto, nem todos têm informação e o conhecimento necessários.

ADE 09 (13 anos)

ADE 09 cita aids, gonorreia e HIV como DST conhecidas. Relata que a professora falou do assunto em sala de aula há poucos dias, porém não se lembrava de outras doenças no momento. Reforça que a aids é a DST mais conhecida e que muita gente já morreu com essa doença. Sabe que é sexualmente transmissível e que 'podem surgir feridas'. Já na gonorreia, pode surgir um líquido branco como um sintoma. Reforça que foi a professora quem falou e que acha 'muito feio'. Sabe que, além de ser sexualmente transmissível, pode ser transmitida pelo sangue e por transfusão. Seu sentimento sobre essas doenças é de medo. Não conhece ninguém que tem ou teve alguma DST. No que se refere às fontes de informação, ressalta os trabalhos realizados pela escola em parceria com o posto de saúde que forneceu cartazes, além de campanhas em Belo Horizonte que falam sobre prevenção. Das formas de prevenção, cita apenas a camisinha, da qual não faz uso, porque ainda não teve relações sexuais. Não sabe se existe alguma forma de se prevenir por vacina mas, se tivesse, tomaria, pois tem medo de pegar essas doenças. Sobre a hepatite B, informa que já ouviu falar em campanhas de vacinação, acha que tem a vacina contra esta doença no posto e que não tem uma época certa para tomar. Desconhece a forma de transmissão da doença. Sabe que a forma de prevenção da

hepatite B é a vacina, que acredita já ter tomado. Lembra-se de que, na infância, tinha medo de tomar vacina porque achava que doía, mas, hoje, mudou sua concepção e relata que foi tomar a vacina contra a rubéola e não sentiu dor. Aborda que os adolescentes de hoje em dia tem mais informação e quem pega essas doenças é porque não se previne, pois a camisinha é distribuída até nos postos de saúde.

ADE 10 (14 anos)

ADE 10 refere somente a aids como uma DST, afirmando que não tem cura e mata. A transmissão pode ser por seringas, de mãe para filho e por relação sexual. Imagina que quem tem deve sofrer demais, porque sabe que não tem cura. Informa que as fontes para essas informações são a escola, a televisão e a leitura. Com os pais não tem esse tipo de diálogo. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Conhece a camisinha como única forma de prevenção. Ainda não iniciou sua vida sexual. Não conhece nenhuma forma de prevenir DST por vacina mas, se tivesse, tomaria, pois tem muito medo de ficar doente e morrer. No que se refere à hepatite B, diz que é uma doença do fígado, causada por um vírus e que tampouco tem cura. Acha que sua forma de transmissão é pelo contato com a pessoa doente. Sobre os adolescentes e as DST, relata que tem muito adolescente que não leva a sério, que acha que é brincadeira que 'não está nem aí'. Acredita na necessidade de mais informação aos adolescentes, sobretudo em relação à prevenção.

ADE 11 (14 anos)

Cita a aids, a gonorreia e a sífilis. Informa que a aids, além da relação sexual, também pode ser transmitida pelo beijo e pela saliva. Pensa que todos devem se prevenir. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. As fontes de informação foram a escola e sua casa. Como forma de prevenção, cita a camisinha, da qual faz uso, o DIU e outros remédios. Não sabe se existe vacina contra DST, mas, se tivesse, tomaria para não pegar a doença. Sobre a hepatite B, já ouviu falar, mas não sabe nada a respeito dela. Na infância, tinha medo de se vacinar, pois ficava com medo de doer, mas sua concepção agora mudou, já que sabe que 'é bom para prevenir doenças'. Diz que, hoje em dia, ninguém mais quer saber de se

prevenir, e acrescenta: 'muitos sim, mas outros adolescentes nem querem saber de prevenir, não'. Para ADE 11, as pessoas que têm relação sexual sem camisinha, não têm consciência do que estão fazendo.

ADE 12 (14 anos)

No que se refere às DST, cita aids, sífilis, gonorreia e suas formas de transmissão que são a relação sexual e da mãe para o filho. Seu sentimento sobre essas doenças é de nojo e acha estranho falar sobre esse assunto. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. As fontes de informação foram a escola e sua casa. Em casa, é apenas quando a mãe fala algo, pois tem vergonha de perguntar. Quanto às formas de prevenção para as DST, aborda o método da tabelinha, camisinha e pílula anticoncepcional. Ainda não iniciou sua vida sexual mas pretende se prevenir, pois tem medo de ser infectada. Não sabe se existe vacina contra alguma DST, mas se tivesse tomaria, já que não quer ser contaminada e tem receio de 'as pessoas descobrirem e não se aproximarem' dela. Já ouviu falar sobre hepatite B, mas não sabe nada a respeito dela. Refere nunca ter tido aversão à vacina, sendo corajosa e 'até' olha durante a aplicação. No que se refere aos adolescentes, pensa que acreditam que isso não irá acontecer com eles; 'acham que só acontece com os outros', pois não possuem informação suficiente para se prevenir.

ADE 13 (14 anos)

Lembra-se somente da aids como uma DST. A transmissão ocorre quando não se usa camisinha e quando se compartilham agulhas. Acha que a aids tem cura. Quando pensa sobre esse assunto, sente medo e aborda a importância da prevenção. A fonte de informação foi a escola, por meio de matéria apresentada em sala de aula. Não conversa sobre isso em casa e não tem acesso à internet. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Ainda não teve relações sexuais, mas pretende se prevenir. Não sabe se existe alguma vacina contra alguma DST mas, se tivesse, tomaria, já que nunca teve problemas em tomar vacinas. Já ouviu falar sobre hepatite B, mas não sabe nada a respeito da doença. Ao refletir sobre os

adolescentes, acha que não se importam, pois acham que não irá acontecer com eles. Acredita que os jovens têm acesso à informação, mas não têm consciência.

ADE 14 (14 anos)

Lembra somente da aids como uma DST. A transmissão ocorre quando não se usa camisinha e quando se compartilham agulhas. Pensa que é uma doença perigosa, apesar de as pessoas terem consciência de suas atitudes. As fontes de informação foram a escola, o posto de saúde (folhetos) e a internet. Não conversa sobre isso em casa. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Não soube dizer sobre nenhuma forma de prevenção das DST, porém disse que faz uso. Não sabe se existe alguma “vacina contra DST” mas, se tivesse, tomaria, para não correr o risco de pegar a doença. Relata ter tido medo de vacina na infância, devido à agulha, mas agora entende sua importância. Já ouviu falar sobre hepatite B, mas não sabe nada a respeito da doença. Ao refletir sobre os adolescentes, acredita que não pensam na hora de ter relações sexuais, sendo necessárias maior conscientização e maior responsabilidade por parte dos adolescentes.

ADE 15 (14 anos)

Conhece somente a aids como uma DST. Sabe que é uma doença que não tem cura e a transmissão ocorre pelo sexo e quando se ‘fuma’ com agulhas. Pensa que é uma doença que pode ser prevenida por meio da camisinha. As fontes de informação foram a escola e a internet. Não conversa sobre esse assunto em casa. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Ainda não teve relações sexuais, mas pretende se prevenir para não pegar doenças. Quanto à hepatite B, sabe que é uma DST e que a forma de prevenção é a vacina. Relata já tê-la tomado. Diz que na infância chorava muito e não queria tomar as vacinas, mas que hoje isso não mais acontece. Acredita que os adolescentes devem se prevenir devido aos hormônios, pois ‘se na hora eles não estão com o preservativo, têm relação sexual sem ele’. Acha que os adolescentes têm informação, mas não dão importância.

ADE 16 (14 anos)

Lembra somente da aids como uma DST. A transmissão ocorre pelos fungos e pelas agulhas e vacinas. A fonte de informação foi a escola. Tem acesso à internet e não conversa sobre DST em casa. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. As formas de se prevenir da aids são o uso de preservativos e a administração de medicamentos. Ainda não teve relações sexuais, porque acha que ainda não tem idade, mas pretende se prevenir. Já ouviu falar que existe vacina para DST, mas não sabe dizer para qual e só tomaria caso o médico solicitasse no cartão. Já ouviu falar sobre hepatite B, porém só sabe que existe vacina contra essa doença, da qual já tomou duas doses, faltando apenas uma para completar o esquema. Lembra-se de que, na infância, tinha muito medo da picada da agulha quando ia tomar vacinas e que, ainda hoje, fica um pouco nervosa. Sobre os adolescentes, acha que muitos não se previnem e que outros têm mais consciência. Acredita que muitos têm acesso à informação, porém, às vezes, não dão a importância devida.

ADE 17 (15 anos)

Conhece somente a aids como uma DST. Pensa que é uma 'coisa' muito ruim. As fontes de informação foram a escola e seus pais. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. A forma de prevenção que conhece é o preservativo, do qual faz uso. Não sabe se existe vacina contra DST mas, se tivesse, tomaria, porque, 'às vezes, só o preservativo pode não dar certo'. Já ouviu falar sobre hepatite B, mas não sabe nada a respeito. Na infância, não gostava de tomar vacina, pois doía, mas hoje sabe da importância. Acredita que os adolescentes deveriam se cuidar mais, se prevenir mais, do que está acontecendo. Na hora da relação sexual, eles querem fazer mesmo sem o preservativo, sem pensar no que pode acontecer. Acha que eles ainda não têm informação suficiente, pelo número de casos de aids que ocorre entre eles.

ADE 18 (14 anos)

Lembra-se somente da aids e da hepatite B. Sabe que as duas doenças são transmitidas por vírus e por relações sexuais sem camisinha. Acha que a aids tem

cura, mas não sabe se com a hepatite B acontece a mesma coisa. Acredita que a hepatite B pode levar à morte; já a aids, não. As fontes de informação para esse conhecimento foram as matérias da escola e o jornal. Não há diálogo sobre esse assunto em casa. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Sobre as formas de prevenção, cita a camisinha e “remédios” (comprimidos). Ainda não teve relações sexuais, mas pretende se prevenir ‘para não pegar a aids’. Já ouviu falar sobre a vacina contra DST, mas não sabe para qual doença. Reforça que a hepatite B causa dor de cabeça e que o fígado pode ficar inflamado e inchado, podendo levar à morte. Ressalta que acha que a ‘forma de transmissão’ é também por bebida alcoólica. Lembra-se de que, na infância, não gostava de vacina porque doía, mas hoje sabe que é para ‘melhorar’. Acha que alguns adolescentes se previnem, mas outros não se preocupam. Considera que eles têm acesso à informação, mas não usam ‘porque não querem’.

ADE 19 (15 anos)

Conhece somente a aids como uma DST. Sabe que, quando a pessoa tem relação sexual, tem que usar camisinha. Refere ter ouvido falar de pessoas que já se curaram e outras não. Pensa sobre a importância da prevenção. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. A fonte de informação foi apenas pelo estudo, pois sua mãe não fala sobre esse assunto em casa. Afirma que a forma de prevenção para a aids é a camisinha. Quanto à hepatite B não informa nada a respeito, porém cita o preservativo e a vacina como formas de prevenção. Lembra-se da vacinação na infância como algo ruim e de que não gostava, mas hoje toma vacina sem problema. Quando pensa nos adolescentes e as DST, acredita que muitos “não enxergam a realidade” e outros “fingem não ver”. Acha que faltam informações sobre o assunto.

ADE 20 (16 anos)

Lembra de HIV, sífilis e crista de galo como DST. Relata que “a” HIV ‘baixa o sistema imunológico’ e, dessa forma, a pessoa fica sensível às outras doenças como, por exemplo, a pneumonia. A fonte de informação foi o colégio. Pensa que é preciso se proteger nas relações sexuais pelo fato de ser uma doença para a “vida

inteira”. Relata ter medo. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Conhece a camisinha como forma de se proteger, porém ainda não faz uso porque não teve relações sexuais. Quanto à vacina ‘contra DST’, diz que a professora falou em sala de aula, mas não se lembra para qual doença. Informou que, caso exista essa vacina, prefere tomar, pois é melhor a ter que usar camisinha... Refere que somente ouviu falar de hepatite B, inclusive já teve hepatite, mas não sabe especificar qual. Sabe apenas que a transmissão também se dá por meio de relações sexuais e agulhas, e que a proteção é a camisinha. Acredita que existe vacina, mas nunca prestou atenção. Quando se lembra da vacinação na infância, relata que tinha receio, devido à dor e também pela agulha, mas que hoje não tem mais problema. Pensa que os adolescentes não se importam com as DST, pelo fato de acharem que não irá acontecer com eles. Acha que, ‘infelizmente, a grande maioria não tem acesso à informação’.

ADE 21 (13 anos)

ADE 21 cita a aids e a considera como “a mais famosa DST”. Lembra-se também da gonorreia e da sífilis. Sabe que se pegam essas doenças por meio de relações sexuais sem o uso da camisinha. Refere ter medo pela falta de responsabilidade das pessoas. As fontes de informação foram a escola, a televisão e os pais. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. A camisinha e a pílula são as formas de prevenção que conhece. Ainda não teve relações sexuais. Já ouviu falar sobre uma vacina ‘contra DST’, mas não sabe nada a respeito. Disse que, se existisse, tomaria, pois pode acontecer de se esquecer de usar o preservativo no momento da relação sexual. Quanto à hepatite B, refere ter ouvido falar de uma pessoa próxima da família que morreu novo com essa doença, mas não sabe nada sobre ela, apenas que tomou a vacina. Sobre a vacinação, lembra-se de que na infância gostava somente da gotinha e que, quando era com agulha, sentia medo e não queria. Agora, na adolescência, se sente melhor para vacinar. Acha que os adolescentes são irresponsáveis em relação ao risco de se infectarem, pois possuem conhecimento, mas não se previnem, por falta de maturidade.

ADE 22 (14 anos)

Cita apenas o vírus HIV como DST e se refere a ele como o mais importante. Diz não se lembrar de outras DST. Sabe que o HIV é uma doença transmitida pelo pênis e que é preciso utilizar a camisinha para se prevenir. Relata ter medo, pois imagina que é uma situação muito difícil para controlar, pois, 'a pessoa não pensa na hora de fazer sexo, quando está com muita vontade'. Acha que as pessoas têm que pensar bastante antes de ter relação sexual. As fontes de informação foram o posto de saúde, os livros da escola, os professores em sala de aula. Refere que, por enquanto, não conversa com os pais sobre esse assunto. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Cita como formas de prevenção a camisinha e não fazer sexo oral. Nunca fez uso de preservativo, pois ainda não teve relação sexual. Não sabe se existe vacina 'contra DST' mas, se tivesse, tomaria porque acha muito importante prevenir contra uma doença que está no mundo inteiro e que ninguém achou a cura (HIV). Já ouviu falar de hepatite B, mas não prestou muita atenção. No que se refere à vacinação, lembra-se de que, na infância, sofria muito, por não gostar de vacinas e por não conhecer sua importância, sendo que, hoje, 'tem mais consciência'. Quanto aos adolescentes, em geral, acha que precisam pensar mais antes de agir, pois a informação existe.

ADE 23 (13 anos)

ADE 23 cita a hepatite e a aids como DST conhecidas. Sabe que, para ter relações sexuais tem que usar preservativo. Relata que a hepatite B é transmitida pelo contato com machucado, como beijar alguém com a boca ferida e que a aids exige cuidado no contato com as pessoas. Sente medo, pois 'nunca se sabe se o outro está infectado'. As fontes de informação foram a escola e os pais. Não conhece ninguém que teve ou tem alguma DST. Como forma de prevenção cita a camisinha, da qual ainda não fez uso, por não ter iniciado sua vida sexual. Não sabe se existe vacina contra DST mas, se tivesse, tomaria para não pegar a doença. Não tem maiores informações acerca da hepatite B, a não ser aquelas sobre transmissão reportadas acima. Relata que se protege da hepatite B tentando não encostar em machucados de outras pessoas. No que se refere à vacinação, lembra-se de que, na infância, não gostava pelo fato de doer, mas que hoje é mais tranquilo. Quanto aos

adolescentes, acha que não pensam em se preservar para não pegar doenças. Têm informação mas “não pensam antes de fazer”.

4.2 - A Construção das Categorias

A análise das entrevistas mostra que os adolescentes têm algumas informações sobre as IST, recebidas em grande parte na escola, principalmente quanto à aids. Alguns adolescentes expressaram seus sentimentos sobre as doenças de uma forma bastante tímida, durante as falas sobre a compreensão das doenças.

A maioria dos adolescentes não manifestou espontaneamente seus sentimentos. Muitos, quando questionados, põem-se em silêncio ou então dizem que não sabem explicar. No que se refere à sexualidade, mostram-se em parte tímidos e resistentes para falar a respeito de seus relacionamentos afetivos e o fazem, quase sempre, no sentido de negação ou fuga.

Com a interpretação das entrevistas, verificou-se que os adolescentes enfocaram opiniões comuns, por meio das quais organizavam suas representações, sentimentos e posturas, em relação ao objeto pesquisado. Os temas que englobaram as conjunções e disjunções das falas dos entrevistados constavam do roteiro de entrevista e evidenciaram quatro grandes categorias, após a interpretação do conjunto:

- I. Conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis;
- II. Fontes de informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis;
- III. Adolescência e prevenção de IST;
- IV. Vacinação e vacina contra hepatite B.

Na primeira categoria, conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis, os adolescentes citaram a aids como a principal IST e, muitas vezes, a única infecção sexualmente transmissível que conheciam, tratando as outras infecções de forma superficial ou inexistente, incluindo a hepatite B. Ficou claro, também, o escasso conhecimento acerca da etiologia, dos sinais, sintomas e tratamento das IST.

As representações narradas foram centradas na aids, como doença ruim, que gera medo, tristeza, sofrimento e que mata, com um importante foco na prevenção por meio do preservativo masculino.

Na segunda categoria, fontes de informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis, a análise apontou que a escola é a principal fonte de informação, sendo citada por todos os alunos. Observa-se nos relatos dos adolescentes, que a didática parece ser insuficiente, inadequada, porque eles não se lembravam mais do que tinham ouvido ou 'aprendido'. Também foram citados outros meios, como a televisão, o diálogo com os pais, livros, panfletos e a internet, além de informações no centro de saúde e campanhas educativas na capital do Estado. A interpretação revelou, no entanto, que há muita desinformação, erros conceituais, confusões e julgamentos inverossímeis sobre as IST. Não estão ainda completamente construídos - e muito menos introjetados pelos adolescentes - as representações sobre a hepatite B, seus riscos e a proteção conferida pela vacina.

A terceira categoria diz respeito à adolescência e a prevenção das IST, na qual os entrevistados refletem o comportamento geral dos adolescentes em relação aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, o que é uma forma natural de falarem do que pensam e vivem, sem se revelarem individualmente. O julgamento aparece como sendo sobre os outros em geral, nos quais 'eu não me incluo', sendo um imaginário social que protege cada entrevistado.

Pelos relatos, nota-se, portanto, que é mais fácil dar opiniões e fazer julgamentos sobre o comportamento de outros adolescentes. Os julgamentos são severos e centrados em representações bastante difundidas de falta de maturidade, irresponsabilidade e incoerência nos atos, quando se trata de sexo seguro e do cuidado consigo e com o outro.

Na quarta grande categoria, vacinação e vacina contra hepatite B, são notáveis, na fala dos adolescentes, os sentimentos de dor e sofrimento na infância relacionados à vacinação. Porém esses sentimentos e lembranças são superados com o tempo. Praticamente todos os pesquisados relatam que não se sentem mais receosos, na fase da adolescência, por entenderem a finalidade das vacinas. Somente duas entrevistadas relataram ainda se sentirem incomodadas com esse procedimento, mas sabem de sua importância preventiva.

Os adolescentes, no entanto, desconhecem quais vacinas constam do calendário de vacinação do adolescente, quais vacinas já tomaram e se já tomaram a vacina contra a hepatite B.

4.2.1 - CONHECIMENTOS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Nessa categoria, incluem-se as representações dos sujeitos sobre as IST. Divide-se em cinco subcategorias, apresentadas na FIG.1:

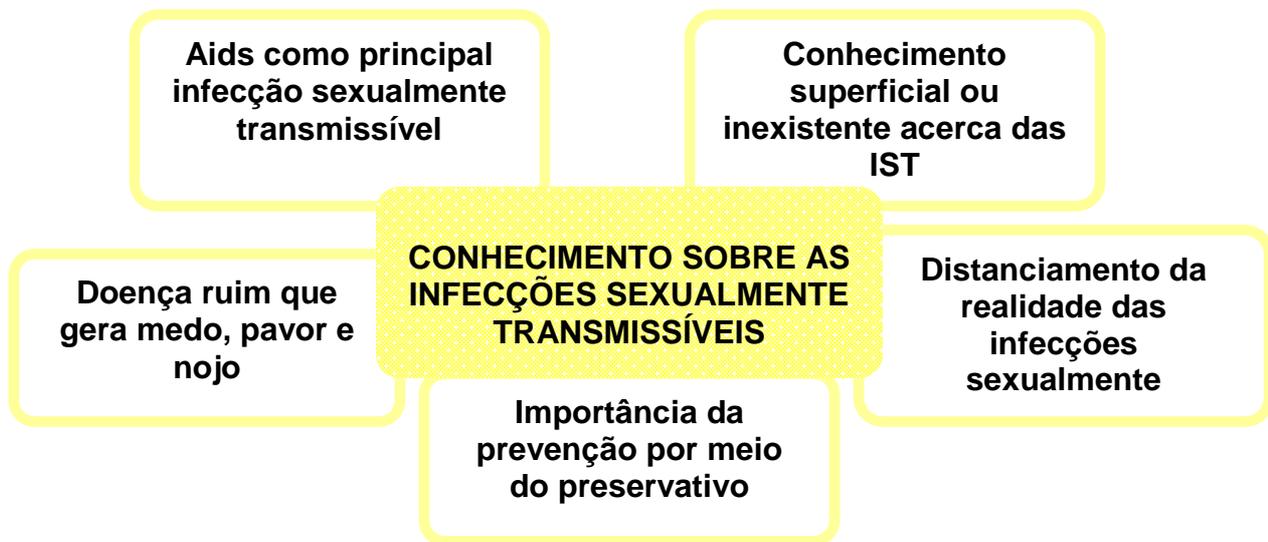


Figura 1 - Representações dos adolescentes sobre as IST, Santa Luzia, MG, 2009

4.2.1.1 - Aids como principal infecção sexualmente transmissível

Durante as entrevistas, nota-se que os adolescentes, ao serem indagados sobre o conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis, citam a aids, muitas vezes como a única IST que conhecem. Outras doenças são citadas, tais como hepatite B, gonorreia, sífilis, herpes e HPV, sem que os adolescentes entrevistados estendam suas falas sobre elas. Em todos os casos, a aids é dita em primeiro lugar, representada pelo maior grau de importância ou de gravidade em relação às outras doenças.

Aids... Conheço outras, mas não lembro o nome, tá. ADE 07

Aids... Acho que é só... ADE 10

O vírus HIV, né? É... Eu não tô muito lembrada não, mas o mais importante é o HIV, né? ADE 22

Aids, a mais famosa... Gonorreia... é... aids, gonorreia... sífilis... acho que as que eu lembro é só... ADE 21

Os adolescentes pesquisados representam, portanto, as IST por meio da aids, fato que pode ser atribuído ao papel da mídia em veicular maiores informações sobre essa infecção ou porque é marcada pelo preconceito e pelo medo, devido a seu contexto histórico e social.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Romero *et al.* (2007) que mostrou que as adolescentes, ao serem indagadas sobre seu conhecimento a respeito das IST, citaram principalmente a aids, o que, para os autores citados, evidencia a eficácia das campanhas de saúde junto à população. Entretanto, as outras IST foram pouco referidas e são, muitas vezes, pouco conhecidas por grande parte dos adolescentes, como é o caso da candidíase, do HPV e do cancro mole. Esses autores consideram, ainda, que afirmar "conhecer uma doença" pode significar simplesmente ter ouvido falar dela e, muitas vezes, vagamente, o que foi também encontrado na presente investigação. A maioria dos entrevistados, além disso, confunde sinais e sintomas, etiologia, e outras características, quando tentam descrevê-los para cada infecção citada. Isso aponta para o distanciamento da realidade cotidiana desses adolescentes, mas está em contradição com o fato de que todos sabem que devem usar preservativos nas relações sexuais para se protegerem dos riscos de se contaminarem.

Sobre a doença hepatite B, em sua grande maioria, os entrevistados informaram que já ouviram falar, porém nada sabem dizer a respeito. Alguns adolescentes souberam informar a forma de transmissão e a vacina existente contra essa doença, porém não a classificaram como uma IST ao longo da entrevista. Mesmo os entrevistados que a classificaram como uma IST, não conseguem estruturar um discurso de julgamento, no qual estariam as representações sobre a doença.

Assim, eu já ouvi, mas assim, não prestei muita atenção no... , é... Hepatite B... ADE 22

Só sei que é uma doença... Porque o vizinho lá da minha cunhada já teve... Aí ele morreu, tipo novo... Acho que é só isso... Não sei nada... ADE 21

Já tinha ouvido falar os outros falando assim de hepatite, né? Saber assim mesmo, não sei não. ADE 14

Eu já ouvi falar, mas, saber, saber assim o que que é, não. Eu acho que protejo, eu tomo a vacina e tal. ADE 12

4.2.1.2 - Conhecimento superficial ou inexistente acerca das IST

Os adolescentes, em sua maioria, demonstram um conhecimento bastante limitado sobre as IST. É constante a fala de que aprenderam sobre essas doenças na escola, mas que não se lembravam mais.

As informações mais completas e claras que possuem sobre as infecções se resumem à forma de transmissão: de pessoa a pessoa por relação sexual caso a pessoa não use camisinha, da mãe para o filho, transfusão de sangue ou quando utilizam agulhas que outros usaram. Chama a atenção o fato de que poucos entrevistados demonstraram conhecer melhor os sintomas das IST. Os adolescentes que souberam falar de várias IST, no que se refere à sintomatologia, transmissão, etc., são filhos de profissionais de saúde e estudam em escola particular.

Eu sei os sintomas de algumas... A herpes aparece umas bolinhas na boca ou na vagina, é..., a hepatite B dá dor abdominal, febre... essas coisas.... E a aids dá todas as outras doenças, porque você perde a imunidade. ADE 03

No que se refere especificamente à hepatite B, poucos adolescentes citaram o fígado como o órgão acometido, e a cirrose como uma complicação dessa doença. Um adolescente citou como forma de transmissão a bebida alcoólica. Todas as informações foram citadas de forma fragmentada e, muitas vezes, com certa insegurança sobre o assunto.

Que eu sei que... Pode gerar... Como é que chama... Cirrose depois de um tempo, se não for bem tratado... ADE 04

Eu sei que a hepatite B pode dar alterações no fígado, cirrose se não me engano o nome... ADE 05

É uma doença do fígado, acho que... só. Ela é causada por um vírus e acho que não tem cura também. ADE 10

Eu acho que é por bebida alcoólica assim. Assim isso. ADE 18

Não há dúvidas sobre a transmissibilidade das doenças pela via sexual e há também a representação bastante forte sobre aids, de uma doença grave, letal, que provoca medo, nojo e pavor, como se viu na síntese das entrevistas. Porém, alguns adolescentes acreditam que a aids tem cura, às vezes em contraposição à hepatite B, e que pode ser transmitida pelo beijo, saliva e pelo contato mais próximo com outra pessoa.

É... São transmissíveis, aids pode causar morte... só isso, sei de muita coisa não... ADE 08

Que ela não tem cura e mata. Mata as pessoas, ela é atacada com seringas. E de mãe para filho se ela tiver... ADE 10

Assim já ouvi falar que algumas pessoas que curou e outras não. ADE 19

A aids é pelo contato, né tipo ... e... pela saliva também, pelo beijo também transmite e... só. ADE 11

Aids você não pode... Não que você não possa abraçar os colegas, mas você tem que tomar muitos cuidados... ADE 23

Alguns relatam que a aids é transmitida por vírus, porém, um adolescente disse que a aids é transmitida pelos fungos, mostrando que esses objetos de linguagem não tomaram ainda a forma de conceitos para eles.

Que é uma doença sexualmente transmissível, que ela pode ser transmitida pelos fungos, pegada pelas agulhas, vacinas, só. ADE 16

Merchán-Hamann (1995) ressalta que, entre os adolescentes, há uma confusão das formas de transmissão das IST com outras doenças epidêmicas como cólera e dengue. Essas doenças não apareceram nos discursos dos alunos entrevistados na presente pesquisa, mas o tipo de confusão presente tem esse mesmo caráter. Pode-se inferir, portanto, que se faz necessário descobrir novas formas de ensinar e de

aprender, para que a educação para a saúde, inclusive a saúde sexual, seja mais próxima da realidade dos adolescentes.

Thiengo *et al.*(2005) afirmam que os adolescentes definem a aids como uma doença séria, contagiosa, sexualmente transmissível, incurável e que mata. Demonstram estar conscientes da necessidade de se cuidarem e se protegerem, mas não revelam qualquer conhecimento sobre as formas de desenvolvimento da doença, sua evolução e processos destrutivos sobre o organismo humano. Observa-se que os conteúdos revelados pelas representações dos jovens caracterizam-se como um conhecimento superficial, fragmentado, pouco específico no plano cognitivo, retratando o perfil das informações contidas nas campanhas de prevenção veiculadas pela mídia.

Segundo Doreto e Vieira (2007), adolescentes do sexo feminino se constituem em um grupo que requer uma atenção diferenciada, pois iniciam a vida sexual com pouca idade, apresentam baixo conhecimento sobre as IST e uma percepção equivocada sobre seu risco pessoal de adquirir essas doenças, considerando a ausência de práticas efetivas de proteção. Para esses autores e também para Thiengo *et al.* (2005), ocorre entre os jovens, de uma maneira geral, uma “apropriação fragmentada do conhecimento, imprópria ao desenvolvimento de práticas preventivas eficientes”, o que mostra equívocos da construção social do fenômeno AIDS. Além disso, os programas educativos são considerados ineficazes na estruturação do conhecimento dos adolescentes.

4.2.1.3 - Doença ruim que gera medo, pavor e nojo

No transcorrer das falas, foi possível identificar que os adolescentes, quando solicitados a expressar seus sentimentos sobre as IST, apresentam uma abordagem negativa focada principalmente na aids e a representam como uma doença ruim que gera medo e pavor de ser infectado; um perigo devido à forma de transmissão; um

assunto sério, que dá ‘muita tristeza’ pelo fato ‘de as pessoas infectadas transmitirem para outras’; ‘sofrimento para as pessoas que estão infectadas por não ter cura’, ‘doença para a vida inteira’, pelo medo do preconceito e ‘do que as pessoas vão pensar’; além de provocar ‘certo nojo’ e estranheza ao se falar no assunto, mas que remete à responsabilização individual do risco. Nesse sentido, o discurso dos adolescentes não inclui nenhuma interpretação sobre a vulnerabilidade social e sim o de culpa por ter atitudes de não proteção mesmo sabendo o que estão fazendo, como foi descrito em estudo anterior de Souza e Freitas (2002).

Ah, sei lá... Dá maior medo de pegar estas doenças... ADE 09

Eu penso que é uma doença perigosa né, apesar das outras pessoas terem consciência do que tá fazendo. Isto é o que eu acho. ADE 14

Aí que eu não quero ser contaminada pela doença e os outros chega assim doente e você vai se fechar do mundo, ficar fechado e não conversar com ninguém e aí eu tenho medo dos outros descobrir e ficar e eles afastar de mim e não querer ser amigo meu. ADE 12

Um trem ruim (...) tipo com nojo de falar que tem né, esse negócio sei lá pra mim é esquisito falar. ADE 13

Esses resultados são coerentes com os encontrados por Thiengo *et al.* (2005), que afirmam que há predomínio da noção de aids como uma doença ruim, que não tem cura e que mata, refletindo uma dimensão negativa da representação social da aids. Alguns adolescentes entrevistados também se referiram à aids como uma doença curável, confundindo com o fato de que, atualmente, existe tratamento que melhora a condição de vida da pessoa vivendo com HIV. Tal confusão pode propiciar atitudes de descaso e desatenção com o risco de se infectar.

4.2.1.4 - Distanciamento da realidade das infecções sexualmente transmissíveis

Todos os entrevistados afirmaram não conhecer nenhuma pessoa que já teve ou tem alguma IST. Essa informação permite concluir que os adolescentes entrevistados possuem certo distanciamento da realidade das infecções

sexualmente transmissíveis, o que pode contribuir para a inexistência de comportamentos efetivos de prevenção.

Thiengo *et al.* (2005) analisaram em sua pesquisa, que a maioria dos adolescentes, quando questionados se conheciam alguém com aids, referiram não conhecer casos concretos, revelando que a aids aparece como uma doença distante para o grupo, o que não implica em práticas pessoais referentes ao risco de se infectar, apesar de todos afirmarem saber que é doença transmissível sexualmente.

Constata-se, portanto, que, para a maioria dos entrevistados, a aids e, conseqüentemente, as demais IST, aparecem como algo afastado, não fazendo parte do cotidiano pessoal e social dos adolescentes, sendo essencialmente uma doença “do outro” porque ninguém acredita que acontecerá consigo.

Nessa mesma vertente, Merchán-Hamann (1995), em pesquisa sobre Grau de Informação, Atitudes e Representações sobre o risco e a prevenção de aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, observou que o conhecimento e a preocupação acerca da aids aumentavam quando os adolescentes conheciam alguém com a doença.

Porém, vale interrogar se não são suas próprias representações sobre os adolescentes em geral, como irresponsáveis e inconstantes, que os afasta da prevenção e não o fato de conhecerem ou não pessoas vivendo com HIV ou que tiveram outras IST. Isto poderia ser um ingrediente a mais para a reflexão, mas não o aspecto fundamental.

4.2.1.5 - Importância da prevenção por meio do preservativo

Quanto às formas de prevenção, grande parte dos adolescentes cita o preservativo masculino. Outras formas citadas, em menor número, foram a redução de parceiros, a administração de vacinas, não praticar sexo oral e a abstinência sexual. Um adolescente informou não conhecer nenhuma forma de prevenção para as IST. Alguns citaram o DIU, alguns remédios, a tabelinha e a pílula anticoncepcional como formas de prevenção contra as IST, desvelando a confusão reinante a respeito do risco de se infectarem e da prevenção..

Alguns relatam já terem ouvido sobre vacina contra IST, mas não sabem especificar para qual doença.

A camisinha e a redução de parceiros... vacina... ADE 03

É não fazer, né? ADE 06

Usar camisinha sempre, né? Não fazer esse tipo de sexo oral, né? É isso... ADE 22

Sei, camisinha, é ... DIU..... Tem remédios que a gente toma né, esqueci o nome. ADE 11

Conheço o método da tabelinha, que tem um remédio lá que você toma tem que marcar, camisinha e pílula anticoncepcional. ADE 12

Thiengo *et al.* (2005) afirmam que os jovens participantes de sua pesquisa incorporaram informações sobre as formas de contágio e de prevenção mais difundidas pelas campanhas de educação em saúde. Entre as formas de contágio, destacam-se: relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue. Entre as de prevenção, destacam-se: evitar grupos de risco, usar preservativo, realizar exame periódico e usar seringas descartáveis. Vale destacar que todos os adolescentes entrevistados ressaltaram o uso da “camisinha”, como método principal de prevenção, mas alguns ainda misturam tanto formas de contágio e formas de prevenção das IST com prevenção de gravidez, citando a utilização de métodos apenas contraceptivos para prevenir IST.

No que se refere, então, ao comportamento de prevenção para as IST, os adolescentes apontam, em primeiro lugar, o uso de preservativo, sendo que, em sua grande maioria, informaram não utilizá-lo porque ainda não iniciaram atividades sexuais com parceiros. Entretanto, todos afirmam que utilizarão a “camisinha” quando tiverem relações sexuais.

Não, porque eu não tenho idade ainda... ADE 16

Porque eu sou virgem... (risos) ADE 20

Eu nunca transei, então... Mas quando eu for é lógico que eu vou usar camisinha... ADE 22

Do total dos 23 adolescentes entrevistados, apenas cinco do sexo masculino afirmaram ter tido relações sexuais e terem feito uso de preservativo. Em suas falas, foram perceptíveis o desconforto e a vergonha ao abordarem esse assunto.

O fato de apenas os adolescentes do sexo masculino informarem o início das relações sexuais pode indicar um traço cultural ainda muito marcante em nossa sociedade, no que diz respeito à masculinidade e à obrigatoriedade do início precoce das atividades sexuais. Em contrapartida, as adolescentes do sexo feminino podem ter omitido essa informação pelo receio de serem julgadas. Porém, estas inferências não puderam ser averiguadas no presente estudo, mas considera-se que vale ressaltá-las para chamar a atenção da importância de criação de vínculo para que os adolescentes confiem e explicitem suas vivências e dificuldades.

Amaral e Fonseca (2006) enfocam que os meninos se interessam mais precocemente pela iniciação sexual (12, 13, 14 anos), são mais desinibidos e não se preocupam com as consequências, como as DST e a gravidez. Muitas vezes são encorajados pelos pais e grupos de amigos a terem relações sexuais como uma prova de masculinidade. As meninas são mais controladas pela família, iniciam mais tarde a vida sexual e apresentam muitos temores em relação à gravidez e às DST,

assim como temem os comentários gerados e o sentimento de culpa pela relação sexual.

Chama a atenção o fato de que os objetos gravidez ou risco de gravidez não tenham aparecido nos discursos dos adolescentes. Em diversas pesquisas que se relacionam com sexualidade, esse é um tema recorrente, conforme já citado.

No caso da presente pesquisa, pode-se supor que sendo o foco as IST e a coleta de dados realizada em um ambiente escolar, houve pouco espaço na interação pesquisador-pesquisado para a expressão desses assuntos. De outro lado, se se falava, durante toda entrevista, de transmissão por via sexual e de uso de preservativo, por que tanto ‘pudor’? Em outras pesquisas, a “camisinha” aparece muitas vezes somente como forma de se prevenir de gravidez indesejada. Uma suposição pertinente diz respeito às dificuldades consideradas ‘normais’, presentes nas representações sociais, em geral, de que os adolescentes falam pouco e falam ainda menos de si mesmos. As entrevistas ocorreram com muitas questões de relance porque a maioria tenta não responder ou se expressa com dificuldade, apontando a força dessa representação.

Tal experiência aponta a importância de se criarem canais de comunicação também dentro dos espaços dito formais, como a escola, que favoreçam interações mais compreensivas e não somente explicativas por meio de aulas expositivas, prática ainda tão comum nas escolas.

4.2.2 - FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Nessa categoria estão incluídas as fontes informadas pelos adolescentes para o conhecimento das IST. Essas fontes se distribuem como apresentado na FIG.2:

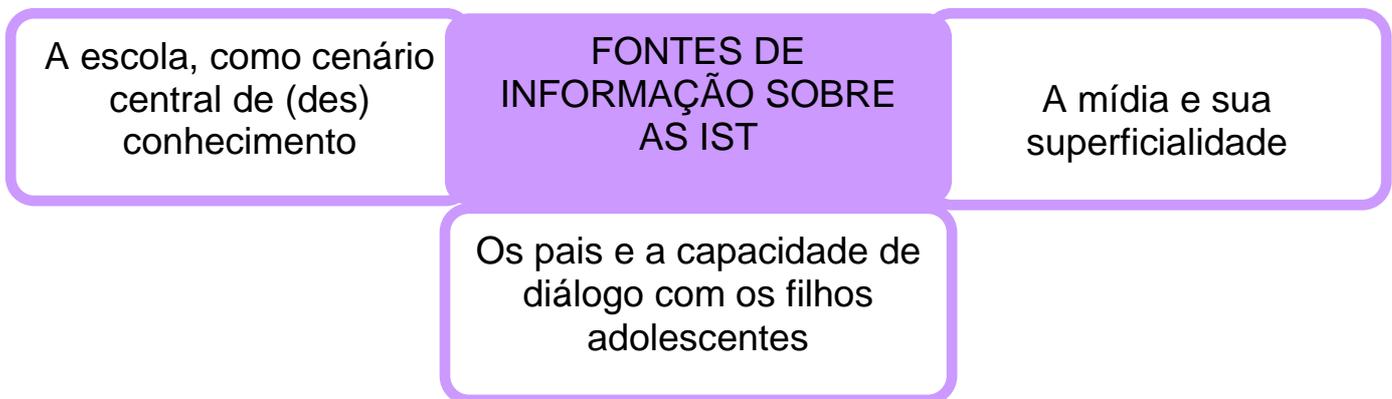


FIGURA 2 - Fontes de informação dos adolescentes sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, Santa Luzia, MG, 2009

4.2.2.1 – A escola, como cenário central de (des) conhecimento

Os alunos, em sua totalidade, citaram a escola como a principal fonte de informação sobre as IST, tanto em matérias ministradas pelos professores em sala de aula, como em trabalhos elaborados pelos próprios alunos. Mas percebeu-se, durante a análise, que a didática utilizada parece dificultar a aquisição de um conhecimento concreto pelo aluno, que repercuta em sua vida prática, de forma significativa e consciente. Os entrevistados frisaram não se lembrar de aulas recentes sobre IST.

Ah, meio vago... A gente tava estudando sobre elas agora mesmo... mas agora não tô lembrando... ADE 04

Ah... Eu conheço algumas, né? Eu estudei agora no começo do ano, eu conheço, é..., Hepatite B, né? É... Tem aids, tem outras assim que estudei, mas eu custo a lembrar o nome das doenças assim... Matéria assim, eu cheguei a pegar umas 10, mas nome assim... ADE 05

Aids, gonorréia... ai... HIV... Nossa, a professora falou de um tanto na semana passada... Ela passou no slide... ai, mas agora eu não lembro direito... ADE 09

A fala de ADE 5 exemplifica claramente a aprendizagem pelo método tradicional da transmissão, no qual há esforço do professor, mas pouco valor dado pelo aluno.

É, aqui no colégio através da matéria vírus que a gente estudou no primeiro bimestre e é, foi o professor mesmo que foi falando pra gente, dando informações sobre profilaxia, sintomas, ele deu tudo certinho né? Mas agora eu não lembro... ADE 05

Para Nascimento e Lopes (2000), muitas escolas, atentas à necessidade de trabalhar com a temática da sexualidade em seus conteúdos formais, incluem Aparelho Reprodutivo no currículo de Ciências/Biologia. Fazem-no geralmente por meio da discussão sobre a reprodução humana, com informações ou noções relativas à anatomia e fisiologia do corpo humano. A didática apresentada nas escolas normalmente não abarca as ansiedades e curiosidades das crianças e dos adolescentes, pois enfoca apenas o corpo biológico e não inclui as dimensões culturais, afetivas e sociais contidas na experiência do educando, como se esse fosse somente um receptáculo de informações que precisam ser retidas e verificadas posteriormente por meio de provas e exames.

Para Romero *et al.* (2007) as escolas, as campanhas, os serviços de saúde, enfim, todas as instituições ou pessoas envolvidas na orientação do adolescente, incluindo-se a orientação sexual, devem se preocupar em fazer reforços periódicos dos ensinamentos e não só em transmitir o conhecimento, porque, muitas vezes, os adolescentes não estão com sua atenção voltada para a prevenção. Acrescenta-se a isso que os interesses são muito diversificados nessa fase da vida e a relevância de um ou de outro assunto virá da construção social mediada pelos amigos, pela família, pela escola, etc.

No estudo de Brêtas *et al.* (2009b) acerca de conhecimentos de adolescentes sobre IST também foi destacada a figura do professor como a principal fonte de informação sobre as IST, confirmando sua importância na função natural de educador sexual no ambiente escolar. Esse dado confirma a relevância da escola como cenário privilegiado de acolhimento constante de adolescentes e jovens e a necessidade de atualização contínua do conhecimento dos professores sobre sexualidade e IST, para o cumprimento eficaz de seu papel.

4.2.2.2 – A mídia e sua superficialidade

Alguns adolescentes citaram a televisão como uma fonte adicional ao conhecimento ofertado pela escola. Outras fontes de informação citadas foram jornais, panfletos, rádio, cartazes sobre saúde e a internet, sendo que esta última foi mais abordada pelos alunos da escola privada.

Daqui da escola, em casa e televisão. ADE 06

Escola, televisão, jornal... ADE 02

Oh, às vezes eu vou na internet né? Que sempre é bom dar uma olhada né, além dos estudos da apostila, quando a gente vai estudar... É bom sempre dar uma pesquisada na internet... Sites confiáveis, porque não é bom olhar qualquer coisa, né? ADE 05

Para Heidemann (2006), os adolescentes procuram resolver seus anseios e dúvidas com seus grupos e com as informações veiculadas pela televisão, embora boa parte deles procure apoio em suas famílias. As fontes de respostas para as dúvidas dos adolescentes, estando vinculadas a seus grupos e à televisão, indicam o quanto a sociedade, a escola e a família ainda estão despreparadas para suas interrogações e conflitos. A televisão veicula o que as “leis de marketing” exigem para o aumento do consumo de determinados produtos. O reflexo dessa situação surge diante da sexarca cada vez mais precoce, assim como o aumento dos índices de gravidez na adolescência, e maior incidência de IST.

Camargo e Botelho (2007), afirmam que, quando se trata da televisão, o problema envolve sobretudo dois pontos, ou seja, a falta de qualidade da programação com um predomínio do espetáculo em detrimento da informação e a mercantilização da sexualidade humana, sendo imprescindível sua melhor utilização como suporte para campanhas regulares dirigidas especificamente aos adolescentes.

Brêtas *et al.* (2009a) destacam que a grande maioria dos adolescentes, com predominância do sexo feminino, tem como principais fontes de informação sobre as IST/Aids, em sequência decrescente: a televisão; os professores; os veículos da mídia como: revistas, jornais e livros; amigos(as). Nota-se a restrita referência dos pais como fonte de informação sobre as IST.

Os dados encontrados assemelham-se, portanto, com outros estudos e são de extrema importância pois, além da escola que tem um papel significativo, esses adolescentes têm acesso a outras fontes (revistas, livros e internet), o que permite refletir sobre a possibilidade de relação entre a mídia e a escola, representada pela figura do professor. Porém, pelo relato dos entrevistados, tal relação ainda não é explorada.

Para Rangel e Queiroz (2008, p.781),

No momento atual, início do século XXI, o mundo vivencia uma época de constante revolução sexual, presencia-se o sexo na mídia, nudez e pornografia. Mas apesar desta crescente veiculação, ainda predomina, em nossa sociedade, o ideário de sexualidade enquanto objeto de tabu. A qualidade da informação não acompanha a qualidade da comunicação e, conseqüentemente, compromete a formação do adolescente no que tange ao exercício pleno de sua sexualidade... De modo global, isso é refletido nas escolas, nas unidades de saúde ou em casa, constatando-se a insipiência das abordagens do tema sexualidade entre a população adolescente.

Quanto à televisão, é preocupante o valor que lhe é atribuído, tratando-se de um veículo com tão pouca interatividade e que lida com a imagem acima da informação ou que usa a imagem para informar com superficialidade (BRÊTAS *et al.*, 2009a).

Alguns dos entrevistados que misturaram e confundiram informações, falam da televisão como fonte importante, mas afirmam que as informações são esquecidas, ficando retidas somente partes, por vezes, bastante inconsistentes.

4.2.2.3 – Os pais e a capacidade de diálogo com os filhos adolescentes

Os adolescentes que afirmaram conversar sobre sexualidade e IST em casa, com os pais, insistiram sobre o fato de que recebem informações, em geral, de um dos pais, muitas vezes sem conseguirem se colocar, em uma interação mais expositiva que dialógica. Aqueles que afirmaram não ter esse tipo de conversa em casa, justificam a situação pelo fato de os pais não abordarem o assunto, pela vergonha dos próprios adolescentes desse tipo de conversa, ou por ambos acreditarem que ainda não é o momento de falarem sobre sexualidade, uma vez que ainda não iniciaram a vida sexual com parceiros.

A minha mãe me fala assim, mas eu não pergunto muito não, porque eu tenho vergonha. ADE 12

Assim, minha mãe não fala assim pessoalmente não. Não sei porque não, ela não fala assim não. Mas ela não é muito de falar, não. ADE 19

É só na escola e minha mãe mesmo, minha mãe me fala assim, mas eu fico com vergonha de perguntar e eu pergunto aqui na escola. ADE 12

Romero *et al.* (2007) afirma que, atualmente, as adolescentes falam mais sobre sexo com os pais. Contudo, as conversas transitam apenas na superficialidade, não havendo esclarecimentos sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos, por exemplo.

Cardozo, Freitas e Fontoura (2002), estudando o comportamento sexual de adolescentes do sexo feminino em Salvador, Bahia, relataram que a mãe é a principal interlocutora quando o assunto é sexualidade, o que também foi encontrado

entre os participantes do presente estudo.

No estudo sobre as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual realizado por Amaral e Fonseca (2006), a conversa com os pais é dificultada por diferentes situações frente à idade das adolescentes. Para as adolescentes mais jovens, a ausência de diálogo com os pais traz um certo alívio e conforto, mostrando-se como uma forma de defesa para sua inibição de falar sobre o assunto. Já as adolescentes com mais idade evitam falar com a mãe sobre sua vida afetiva, temendo que as informações cheguem até o pai, parentes e vizinhos, tornando de domínio público questões que são particulares.

Na visão dos adolescentes entrevistados, os pais podem não estar preparados ou não se sentirem à vontade para discutir com eles questões sobre sexualidade e, conseqüentemente, sobre IST. Torna-se fundamental que os pais quebrem certos tabus e estigmas culturais e adquiram mais conhecimento para que essa realidade de distanciamento e silêncio seja modificada.

Brêtas *et al.* (2009b) afirmam que a educação sexual deve ser, prioritariamente, uma função da família, porém muitas vezes os pais têm dificuldades de abordar questões relacionadas a esse assunto com os filhos adolescentes, justamente pelo fato de não saberem exatamente como aconteceu com eles próprios. Dessa maneira, muitos pais atribuem a função da orientação sexual de seus filhos à escola e esta, conforme os resultados encontrados nesta pesquisa, apresenta dificuldade em realizar tal tarefa. A importância da família, como fonte de informação sobre os riscos trazidos pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis, deve ser mais explorada por parte da escola.

Em contrapartida, pôde-se observar nos relatos que os adolescentes que mantêm um diálogo mais aberto com os pais, possuem uma postura menos tímida e mais livre de constrangimentos ao tratarem da sexualidade e das IST.

Tenho abertura boa, minha mãe conversa muito comigo... Meu pai chega, a gente comenta sobre casos, é bem aberto assim... ADE 05

Minha mãe fala, porque ela é enfermeira, então ela fala sobre isso... ADE 04

Minha mãe conversa muito comigo... ADE 03

A segurança e a aparente normalidade desses adolescentes para discutir o assunto da sexualidade e IST ao longo da entrevista também foram perceptíveis no estudo de Amaral e Fonseca (2006) que afirmaram que as adolescentes que relataram uma maior abertura em conversar com as mães sobre sexualidade tinham mais facilidade em expressar suas opiniões, maior naturalidade para discutir os temas propostos, mais firmeza nos posicionamentos. A constatação nos dois estudos leva a um necessário repensar sobre como um relacionamento em família, pautado no diálogo, contribui para a vida cotidiana de pais e filhos.

Os resultados encontrados nessa categoria impõem a reflexão sobre a necessidade de uma maior interação entre as fontes de informação citadas, para que as representações sejam construídas de forma a subsidiar posturas ativas de diminuição de vulnerabilidade dos adolescentes, incluindo-se os pais, que foram pouco citados como fonte de referência entre os adolescentes entrevistados. Talvez também eles teriam de receber apoio em educação para a saúde e para uma sexualidade saudável, aprendizado que deveria ser compartilhado com maior profundidade e cuidado na educação de seus filhos.

4.2.3 – ADOLESCÊNCIA E PREVENÇÃO DE IST

Nessa categoria, incluem-se os objetos das representações dos adolescentes sobre o comportamento do público adolescente e as IST. Divide-se em duas subcategorias, apresentadas na FIG.3:

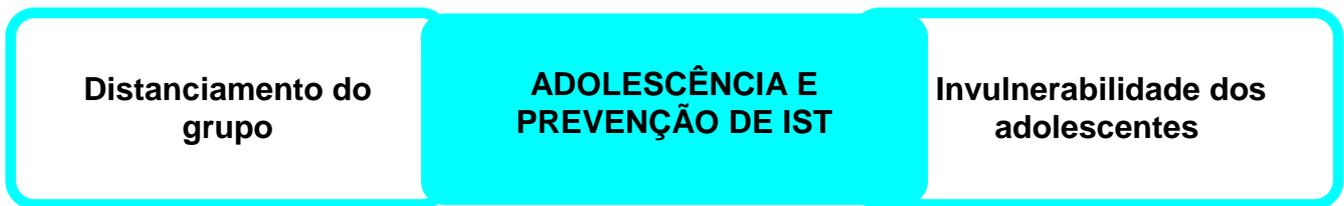


FIGURA 3 - Representações sobre as infecções sexualmente transmissíveis e o público adolescente, Santa Luzia, MG, 2009

4.2.3.1 – Distanciamento do grupo

A análise das entrevistas apontou, como destaque, que os adolescentes, em sua maioria, tendem a ‘avaliar os outros adolescentes sem se avaliarem’. A forma pela qual os adolescentes expressam suas representações é semelhante ao fato de estarem falando do outro sem se incluir no grupo do outro. Durante a entrevista, cada um projeta sua fala nos adolescentes em geral e não se reconhece como parte desse grupo, nem assume os mesmos comportamentos.

A realidade hoje em dia, tá... Os meios das pessoas saberem é claro, mas só que, tipo assim, as pessoas acho que na hora que tá lá... na hora do vamos ver, as pessoas não pensam... ADE 06

Bom, eu acho que os adolescentes não pensam na hora que tá fazendo não, eu acho que eles têm que ter consciência do que tão fazendo e ter muita responsabilidade e pensar no que vem depois. ADE 14

Sobre essa problemática, Joffe (2000) afirma que uma das primeiras formas pelas quais as pessoas se defendem de medos associados à aids é a projeção de responsabilidades, distanciando-se, desse modo, da situação ameaçadora. Furegato *et al.* (2005) afirmam que a pessoa escolhe formas de satisfazer suas necessidades de acordo com sua maneira de enfrentar o mundo. Para isso, utiliza mecanismos de enfrentamento, negação, omissão, distorção e projeção, sempre evitando os efeitos da ameaça que as situações trazem consigo. A projeção se evidencia quando o sujeito atribui aos outros, tais como colegas, aquilo que recusa ver em si mesmo.

4.2.3.2 - Invulnerabilidade dos adolescentes

Os entrevistados, em sua maioria, quando solicitados a falar do comportamento dos adolescentes frente às IST, afirmaram que muitos não se preocupam em se prevenir, uma vez que acreditam que 'nunca irá acontecer com eles'. Referem-se aos adolescentes em geral como imaturos, inconsequentes, uma vez que não estão preocupados em se proteger, mesmo detendo informações suficientes para se prevenirem.

Ah... eu acho que hoje os adolescentes de hoje em dia não estão se importando com as doenças sexualmente transmissíveis... Porque todo mundo pensa assim: Ah, isso não vai acontecer comigo, não sei o quê... Mas acaba acontecendo né... Eles falam é uma chance em um milhão, mas quando vai ver acontece, né? Cada um que é contaminado a mais, são mais chances ainda de proliferar essas doenças, né? ADE 20

Bom, hoje a gente pode ter certeza que vai aumentar muitos casos, né? Porque hoje os adolescentes estão um pouco sem cabeça... As pessoas sempre falam assim, isso não vai acontecer comigo... E quando falam isso pode ter certeza de que vai acontecer... Por quando falam que isso não vai acontecer, não previnem, não tem medo, assim... E por isso vai acontecer porque não tava prevenido... ADE 02

Que eu ouço falar e eu também penso: Ah... Isso não vai acontecer comigo, isso só acontece com os outros, não vai acontecer nada comigo, eu sou eu, o resto é resto, entendeu? ADE 12

Essas falas podem ser atribuídas à representação de invulnerabilidade, muito comum na adolescência. Para Perloff (1983) citado por Chiuzi e Siqueira (2008), pessoas com níveis elevados de invulnerabilidade tendem a se envolver mais em eventos considerados perigosos e/ou possivelmente danosos, e ainda tendem a desvalorizar eventos como desastres naturais, adversidades relacionadas à saúde, bem como fenômenos adversos, como crimes ou acidentes de qualquer natureza.

A invulnerabilidade representada pelos adolescentes somada à falta de acesso à informação e discussão sobre temas ligados à sexualidade e à prevenção, favorece comportamentos de risco pois, como visto na pesquisa, se os adolescentes não se veem em situações de risco e não pensam nas consequências futuras de

determinados atos, não se previnem, ficando expostos ao risco de se infectarem, ou seja, sujeitos vulneráveis.

Para Ayres *et al.* (2003), a vulnerabilidade se constitui como um movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que culminam em uma maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de maneira inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger de ambos.

A vulnerabilidade individual refere-se ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre uma situação, da forma como se sentem capazes de elaborar essas informações e de incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações, e, por último, ao interesse, às possibilidades efetivas de transformar essas inquietações em práticas protegidas e protetoras (AYRES *et al.*, 2003). Nessa vertente, Brêtas *et al.* (2009b) afirmam que também podem ser acrescentados os aspectos cognitivos, isto é, a capacidade do indivíduo em processar informações, por exemplo, sobre IST/Aids, sexualidade, prevenção e os aspectos comportamentais que dizem respeito à possibilidade de modificar conhecimentos processados em comportamentos efetivos. Diante disso, há a necessidade de propiciar aos adolescentes momentos de construção conjunta, sobre temas como sexualidade, prazer, medo, insegurança, tabus, IST, prevenção, proteção, dentre outros, possibilitando a troca de experiências, a reconstrução e a reflexão sobre a melhor postura mediante cada situação, diminuindo, assim, o grau de vulnerabilidade.

4.2.4 - VACINAÇÃO E VACINA CONTRA HEPATITE B

Nessa categoria, incluem-se os objetos das representações dos adolescentes sobre a vacinação e a vacina contra a hepatite B. Divide-se em duas subcategorias, constantes da FIG.4:

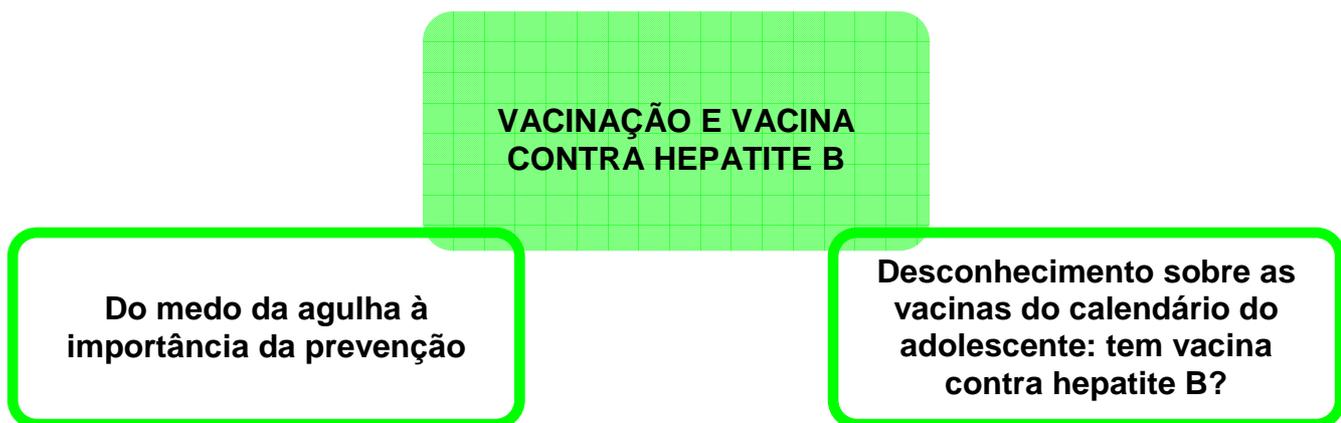


FIGURA 4 - Representações dos adolescentes sobre a vacinação, Santa Luzia, MG, 2009

4.2.4.1 - Do medo da agulha à importância da prevenção

Muitos adolescentes, ao serem questionados sobre a lembrança da vacinação na infância, representam a administração das vacinas como um momento doloroso e desagradável. Seja pelo fato de, quando crianças, não entenderem o motivo da vacinação, ou pelo medo da agulha da injeção. Alguns apresentam esse comportamento de temor ainda na adolescência, apesar de já entenderem a importância e a finalidade das vacinas. A palavra vacina representava dor, agulha e medo.

Medo... Eu odiava tomar vacina... Eu tinha muito medo... Eu não gostava não... Porque a gente toma e fica um tempo sem tomar, né? Aí quando faz 10 anos tem que tomar a BCG. Ai quando me falaram que eu tinha que tomar a BCG, eu tinha esquecido de como era a

dor... Aí fui tomar e fiquei de olho fechado esperando, por causa da dor... A moça aplicou e eu continuei de olho fechado... Aí ela tirou e falou: você vai ficar aí dormindo? (risos) ADE 02

Ah, eu lembro que, assim, eu gostava de ir, porque era o Zé Gotinha, dava balão, bala, coisa assim... Isso sim eu lembro. Agora eu não queria ir na hora de tomar antitetânica com 15 anos e eu assim... ADE 06

Ruim, porque eu tinha medo. Porque picava meu braço, eu achava que ia doer. Hoje, eu ainda fico assim, nervosa. Tem que me dar a mão, né? ADE 16

Porém, para a maioria, esse medo é superado com o tempo e dá lugar à importância da vacina para proteger o indivíduo contra as doenças. A representação de que o medo afasta o adolescente das vacinas não se confirma neste estudo. Hoje eles entendem a finalidade do processo de vacinação como algo preventivo, que faz bem à saúde e evita o aparecimento de doenças.

Mudou... Porque tipo, eu fui tomar vacina pra rubéola e nem doeu... Tipo... Eu acho que tem que tomar mesmo... ADE 09

Hoje eu tomo melhor... ADE 21

Porque é um modo de prevenir, né?! Pra não pegá doença... ADE 23

Ah, eu acho que a gente tem que tomar. Aí toma logo de uma vez e acaba com isso... ADE 10

4.2.4.2 – Desconhecimento sobre as vacinas do calendário do adolescente: tem vacina contra hepatite B?

Todos os entrevistados informaram ter conhecimento dos benefícios das vacinas, de uma forma geral. Entretanto, nota-se, pelas falas dos adolescentes, que desconhecem o calendário de vacinação da adolescência. Somente conhecem algumas vacinas mais antigas e de maior repercussão como a BCG, Sabin (gotinha), contra a gripe, contra a rubéola e a antitetânica. É provável que essas vacinas sejam conhecidas por eles devido à divulgação da mídia e serviços de saúde, por meio das campanhas anuais e de seguimento.

Indagados sobre a existência de uma vacina ‘contra alguma IST’, dos que afirmaram existir, grande parte não soube informar para qual doença. Entretanto, todos os adolescentes disseram que tomariam essa vacina como forma de prevenção. Esse fato permite supor que, se os adolescentes representam a vacina como algo benéfico, preventivo, e se muitos sabem da existência de uma vacina específica para IST e os que não sabem relatam que, se existisse, tomariam como prevenção, o motivo principal da baixa cobertura vacinal é a ausência de um trabalho efetivo de informação e construção de saberes sobre prevenção em saúde voltado para essa parcela da população.

Por profilaxia, por que a gente não sabe o que vem por aí, então tem que prevenir, né? ADE 05

Pra prevenir, para não ter o risco de ter. ADE 08

Ah, eu acho que a gente tem que tomar. Ai toma logo de uma vez e acaba com isso... ADE 10

Vale ressaltar que nenhum dos entrevistados fez referência aos testes de vacina anti-HIV, por exemplo, e a maioria não sabe da existência de vacina contra a hepatite B. Dos poucos adolescentes que afirmaram ter tomado essa vacina, alguns não sabiam informar se já haviam completado o esquema (três doses) preconizado pelo Ministério da Saúde, o que pode também ser explicado devido ao longo intervalo entre as doses (zero, um e seis meses).

Hepatite B tem vacina? Não sei. Acho que tem, mas não tenho certeza... ADE 08

Eu acho que não... (?) A hepatite B eu não sei... ADE 06

Eu não me protejo muito não, pois eu só tomei uma dose da vacina... ADE 03

Eu protejo mesmo só com a vacina... Eu acho que eu já tomei... Eu deve ter tomado já, porque eu já tomei todas as vacinas... ADE 03

A escassez de informações, revelada nas falas dos entrevistados, sobre as IST e as vacinas, demonstra que não foram construídas representações sobre a doença hepatite B e o meio de prevenção que é a vacina. Para Moscovici (1978), representar não significa apenas reproduzir ou duplicar; representar significa reconstruir. Em outras palavras, representar é participar ativamente do processo de

construção da sociedade e de si. A Teoria das Representações Sociais resgata, para o indivíduo, sua relevância na formação do social e assegura a sua participação ativa (modifica, movimenta, concorda) e não passiva (apenas receptores).

Moscovici (1978) acrescenta que existem processos formadores das representações sociais, por meio dos quais se podem apreender como o social transforma um conhecimento em representação e como a representação transforma o social. Esses processos são definidos como ancoragem e objetivação. O processo de ancoragem transforma algo até então estranho e perturbador, intrigante no sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que a pessoa pensa ser apropriada. Tem a função de dar uma conotação inteligível dentro de um contexto. A objetivação consiste em “transformar algo que é abstrato em algo concreto, transferir o que está na mente em algo que existia no mundo físico” (MOSCOVICI, 2003, p.61).

Para Sá (1993), todo ato de representar está vinculado a um sentido simbólico, havendo, em qualquer representação, participação desses dois processos, uma vez que a objetivação somente é possível devido ao processo de ancoragem. A formalização definitiva desses processos – objetivação e ancoragem – ocorre pela transformação do não-familiar em familiar.

Para transformar uma realidade, há a necessidade de pensar nas expressões objetivas e subjetivas, uma vez que as estratégias de intervenção em saúde são realizadas por indivíduos que representam a realidade e que agem de acordo com suas representações do real e do possível. Dessa forma, o adolescente precisa participar da educação em saúde, no sentido de reconstruir de forma prática e conjunta o significado da sexualidade, a existência das IST e os meios de prevenção disponíveis, para que consigam usufruir dessa construção de forma ativa e consciente, possibilitando uma reconstrução da realidade em um contexto de associações e de valores.

Como já citado no início da pesquisa, da primeira parte do questionário constavam também dados referentes à situação vacinal dos estudantes entrevistados. Dos alunos que frequentam a escola pública, apenas um não apresentou o cartão de vacinas. Em contrapartida, na escola privada, apenas duas alunas apresentaram o cartão, sendo que os outros sete alunos justificaram o fato de não o levarem por esquecimento ou por não o terem encontrado.

No que se refere ao Calendário de Vacinação da Adolescência, a análise dos dados dos 15 alunos que apresentaram o cartão, mostra o que se segue. Para a vacina dT (contra tétano e difteria) cujo reforço é a cada 10 anos, 12 alunos estavam imunizados, uma vez que muitos ainda não completaram 15 anos, que é a idade média para o reforço deste imunobiológico. Entretanto, três alunos estavam com esta vacina atrasada, ou seja, já deveriam ter tomado a dose de reforço; já a vacina contra febre amarela, cujo reforço também é a cada 10 anos, e geralmente esta é administrada na faixa etária entre os 10/11 anos de idade, descobriu-se um dado alarmante – nove alunos estavam com esta vacina em atraso ou sem nenhum registro da mesma; a vacina Triviral (contra sarampo, caxumba e rubéola) estava atualizada em todos os cartões analisados, o que pode ser devido às campanhas nacionais de seguimento ocorridas em vários anos, como a última, que aconteceu em 2008; para a vacina contra a hepatite B, objeto deste estudo, 11 adolescentes já haviam completado o esquema da mesma, porém dois estavam com esquema incompleto (uma ou duas doses) com agendamento para outras doses atrasado há alguns anos e dois sem nenhum registro da mesma.

Dessa análise, emergiram alguns questionamentos. O fato de vários alunos não apresentarem o cartão de vacinas por não o terem encontrado, pode indicar a desvalorização do documento, tão importante para a saúde de todos. A situação das outras vacinas, principalmente o vencimento do reforço ou a ausência de registro da vacina contra a febre amarela, reafirma o que foi encontrado nas falas durante as entrevistas, ou seja, os adolescentes não conhecem o calendário vacinal da adolescência, o que também pode ser extensivo aos seus pais, uma vez que não levam seus filhos para atualizarem a situação vacinal. Focando a vacina contra

hepatite B, vale ressaltar que, quatro alunos em 15 não estavam imunes a essa infecção sexualmente transmissível, apesar de a vacina estar disponível em todas as Unidades Básicas de Saúde do município. Outro fator relevante é o número amostral, ou seja, somente 15 cartões foram avaliados, se para este número reduzido muitos adolescentes estavam susceptíveis para várias doenças imunopreveníveis, o que aconteceria se esta análise fosse ampliada para todos os adolescentes do município de Santa Luzia?

As duas subcategorias abordadas permitem inferir que, se os adolescentes entrevistados não demonstram mais o medo da dor da vacina, causada pela agulha durante a infância, como um comportamento impeditivo de realizarem tal conduta, ou seja, se este fato não contribui para a baixa cobertura vacinal contra hepatite B, esta realidade só pode ser explicada tendo em vista o conteúdo restrito ou, muitas vezes, inexistente acerca do conhecimento das IST e do calendário vacinal do adolescente, por eles. Esta conclusão corrobora com a necessidade imediata de integração entre as áreas da saúde e da educação, de forma que este conhecimento seja adquirido pelos adolescentes de forma criativa, eficaz e prática para a sua vivência.

No estudo de Oliveira *et al.* (2007) sobre a análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda, verificou-se que a vacinação no ambiente escolar é uma estratégia que, além de garantir a administração do esquema completo da vacina em quase a totalidade dos indivíduos que recebem a primeira dose, também proporciona ao adolescente maior espaço de reflexão, uma vez que utiliza o seu espaço de aprendizagem para a efetivação da proposta de educação em saúde. A conclusão encontrada na pesquisa destes autores possibilita aos profissionais de saúde e educação do município de Santa Luzia que adotem essa idéia, contribuindo positivamente para a melhoria do conhecimento e mudança de postura e, conseqüentemente, o aumento da cobertura vacinal contra hepatite B para os adolescentes.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se compreender representações e atitudes relacionadas à baixa adesão à vacina contra hepatite B por adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos do município de Santa Luzia/MG.

Os resultados encontrados indicaram que os adolescentes não possuem representações sobre a vacina para a hepatite B e sobre esta infecção especificamente, mas têm representações em torno que podem contribuir para se cuidarem ou para não prestarem atenção ao risco de infecção e não se cuidarem. Em alguns casos, os adolescentes possuem e também buscam informações na escola e no convívio social sobre as IST, mas não há objetivação deste conhecimento para construção das representações sobre esta doença, o que interfere na aceitabilidade e legitimidade coletiva da vacina contra hepatite B. Esta objetivação deveria vir da ancoragem do conteúdo representacional de 'prevenção', porém este último é contraditório a uma representação mais forte, a idéia de 'invulnerabilidade' que pauta as formas de pensar dos adolescentes.

Os adolescentes entrevistados possuem um conhecimento bastante restrito sobre as IST, representando a aids como a doença de destaque ou a mais importante dentre todas. Esse conhecimento ficou limitado às formas de transmissão e prevenção das IST, que pode ser explicado pelo fato dessas informações serem mais veiculadas pela mídia e campanhas educativas. Entretanto, ainda assim idéias errôneas sobre a transmissão e prevenção vieram à tona durante as entrevistas.

A representação social da aids como uma doença ruim, que gera medo, tristeza, sofrimento e que mata, foi evidenciada em todas as entrevistas. Quanto à hepatite B, poucos disseram conhecer a doença no que se refere à sintomatologia e transmissão. A grande maioria informou que apenas já ouviu falar dela, demonstrando, assim, a ausência de representações sobre essa doença.

As fontes de informação sobre IST citadas pelos adolescentes foram a escola, com uma importância dada à figura do professor. Entretanto, percebeu-se que a didática utilizada limita-se basicamente à transmissão de conhecimentos e não há uma construção de saberes e trocas de experiências vivenciadas pelos adolescentes. Outras fontes informadas foram a mídia (televisão, internet, dentre outros) por meio da superficialidade da informação e o diálogo com os pais, que, se mostra em grande parte limitado, permeado de tabus e dificuldades para lidar com o assunto, tanto por parte dos adolescentes como de seus pais.

Quanto ao comportamento dos adolescentes em geral e as IST, os entrevistados avaliam o comportamento dos mesmos como inconsequentes e imaturos, que possuem informações acerca do assunto, mas não utilizam, uma vez que não refletem sobre as consequências de tais atos. Essa avaliação é feita mediante um distanciamento do grupo, como se não fizessem parte dele, comportamento que pode ser considerado como fuga, mediante a representação descrita.

A representação de vacina como um procedimento doloroso, que remete ao medo pela aplicação da agulha, se consolida como uma lembrança da infância, sendo que, na atualidade, representam a vacinação como algo benéfico e importante para a prevenção. Entretanto, desconhecem as vacinas disponíveis no calendário de vacinação da adolescência e, sobretudo, a vacina contra a hepatite B, o que culmina com a baixa adesão aos serviços de saúde para essa ação, contribuindo para a baixa cobertura vacinal contra essa doença.

Apesar dos resultados encontrados não serem representativos de toda a população adolescente de Santa Luzia/MG, esse foi o primeiro estudo realizado na cidade sobre o conhecimento acerca da IST/Aids e sobre vacinação com o público adolescente.

Conclui-se, portanto, que, apesar da maioria das adolescentes buscar informações sobre sexualidade e das várias fontes disponíveis na atualidade para este fim, seus conhecimentos a respeito de infecções sexualmente transmissíveis e vacinas disponíveis para esta faixa etária são inadequados.

Esse estudo aponta para a necessidade de implantação de um programa de educação sexual nas escolas públicas e privadas da cidade em parceria com o setor saúde, fazendo ainda pensar que essa poderia ser a situação encontrada em outros municípios de perfil semelhante, necessitando também de abordagem na esfera da sexualidade. Programas educacionais em saúde e serviços de prevenção necessitam ser implantados como ação efetiva antes que as adolescentes se envolvam em comportamentos de risco.

Espera-se que esse estudo contribua para a construção de enfoques pertinentes de promoção à saúde para os adolescentes e para aperfeiçoar as oportunidades de contato desses com as equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J., GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARAL, Marta Araújo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2006; 40(4): 469-76;

AYRES, J.R.C.M.; JÚNIOR, I. F. Saúde do Adolescente. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 66-85;

AYRES J.R.C.M., et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D., Freitas C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39;

BARTHES, T. **A aventura semiótica**. Tradução Mario Laranjeira. São Paulo: M. Fontes, 2001. 339p;

BLANCHET, Alan; GOTMAN, Anne. **L'enquete et ses méthodes: L'entretien**. Paris:Nathan Université, 2001;

BONETTO, Darcy et al. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatite B: antigas preocupações, novos desafios. **Adolescência Latinoamericana** – Carta ao editor, 1998, pág: 137-138;

BRASIL. **Avaliação da assistência as hepatites virais no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. **Programa Nacional de Imunizações - 30 anos**. Série C. Projetos e programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2003;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005;

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.602 de 17 de julho de 2006;

BRÊTAS, J. R. S., *et al.* Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 2009b; 22(6):786-92;

BRÊTAS, J. R. S., *et al.* O conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2009a, 43(3): 55 1-7;

CAMARGO, Brígido V.; BOTELHO, Lúcio J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev Saúde Pública**, Santa Catarina, Brasil, 2007;

CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M. C. S. **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Ed. da UCG, Goiânia, 2003. 246p;

CARDOZO D.M., FREITAS I.C., FONTOURA M.S.H. **Comportamento sexual de adolescentes do gênero feminino de estratos sociais distintos em Salvador**, Bahia, Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2002;20(3):122-8;

CAVALCANTE, Tânia Maria. **O Médico e suas Representações sobre Tabagismo, Fumante e Cessação de Fumar**. 2001, 224f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001;

CDC. **Vaccination coverage among adolescents 1 year before intitution of a seventh grade school entry vaccination requirement** - San Diego, California, 1998;

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE) “Prof. Alexandre Vranjac”. **Adolescentes e Vacinação**. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações e Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, novembro/2001;

CHIUZI, R.M.; SIQUEIRA, M.M.M. Construção e validação da escala de percepção de invulnerabilidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 885-892, out./dez. 2008;

CLEMENS, S. e col. Soroprevalência para hepatite A e hepatite B em quatro centros no Brasil. **Rev. Bras Med Trop**, 2000;

DEEKS S. L. e col. Vaccine coverage during a school-based hepatitis B immunization program. **Revue Canadienne de Santé Publique**, 1998. Mar-Apr; 89(2): 98-101;

DATASUS. Caderno de Informações de Saúde. Ministério da Saúde. PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em junho de 2010.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, 1997. 287 p;

DONABEDIAN, A., 1990. **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 114:1115-1118;

DORETO, Daniella Tech e VIEIRA, Elisabeth Meloni. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2511-2516, out, 2007;

EASL. EASL International Consensus Conference on hepatitis B. 13-14 September, 2002: Geneva, Switzerland. Consensus statement (short version). **J Hepatol** 2003; 38:533-540;

FERREIRA, C.T. e SILVEIRA, T.R. Viral hepatitis prevention by immunization. **J Pediatr** (Rio J). 2006;82(3 Supl):S55-66;

FERREIRA, Maria da Assunção *et al.* Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 217-24.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J., TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008;

FUREGATO, A. R. F. *et al.* Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39 n. 4, p. 401-408, 2005;

HEIDEMANN, Miriam. **Adolescência e Saúde: uma visão preventiva.** Para profissionais de saúde e educação. Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2006;
JAMES D. C. e CHEN W. W. A population-based hepatitis B vaccination coverage survey among Asian and Pacific Islander American students in Alachua County, Florida. **Asian Am Pac Isl J Health**, 2001;

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão.** In: JODELET, D. (Org). As representações sociais. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed da UERJ, 2001 p. 17-44;

JOFFE, Hélène. "Eu não, o meu grupo não": representações sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (org.). **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 2000. 6. ed.;

LAWRENCE M, Goldstein MA. Hepatitis B immunizations in adolescents. **J Adol Health**, 1995;

MARTINS, P. O. ; TRINDADE, Z. A. O Ter e o Ser: Representações Sociais da Adolescência entre Adolescentes de Inserção Urbana e Rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, 16(3), pp. 555-568;

MCQUILLAN GM e col. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in the United States. 1976 to 1980. **Am J Med**, 1989;

MEHEUS A. Teenagers' lifestyle and risk of exposure to hepatitis B virus. **Vaccine**, 2000;

MERCHÁN-HAMANN, E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 463-79, jul/set. 1995;

MIDDLEMAN A. B. e col. Predictors of time to completion of the hepatitis B vaccination series among adolescents. **J Adolesc Health**, 1999;

MINAS GERAIS. **Guia Estadual de Orientações Técnicas das Hepatites Virais.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Superintendência de Epidemiologia, Gerência de Vigilância Epidemiológica. Belo Horizonte, MG, 2007;

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** 2 ed. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 208p;

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareshi. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404 p;

NASCIMENTO, L.C.S.; LOPES, C.M. Atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau de Rio Branco-Acre, Brasil. **Rev. latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 107-113, janeiro 2000;

OLIVEIRA, M. D. S. *et al.* Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Goiânia, 2007;

POOVORAWAN Y, e col. Epidemiology and prophylaxis of viral hepatitis: a global perspective. **J Gastroenterol Hepatol**, 2002;

RANGEL, Débora Luiza de Oliveira; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, 2008, dez; 12 (4): 780-88;

RESEGUE, R e col. Hepatite pelo vírus do tipo A - prevenção e estratégias de imunização. **Pediatria** (São Paulo), 1999;

ROMERO, K. T. *et al.* O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53(1): 14-9. Trabalho realizado no Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM);

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. L. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. 311p. cap. 1, p.19-45;

SOUZA, V.; FREITAS, M.I.F. Adolescentes, Aids e as campanhas na televisão. **REME: Rev. Min. Enferm.**, v.6, n.1/2, p.2-6, 2002;

THIENGO, M. A. *et al.* Representações Sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2005; 39(1):68-76;

VAN DAMME, P. Hepatitis B: vaccination programmes in Europe--an update. **Vaccine**, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PAIS/RESPONSÁVEIS DE ADOLESCENTES DE 13 A 17 ANOS

Santa Luzia, ____ de _____ de 2009.

Prezados pais/responsáveis,

Por meio deste instrumento, convido seu filho(a) a participar voluntariamente da pesquisa **“REPRESENTAÇÕES E ATITUDES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA/MG SOBRE A HEPATITE B, OS RISCOS E A PREVENÇÃO”** desenvolvida por Maria Imaculada de Fátima Freitas - Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG) e Tatianne Márcia Perdigão de Carvalho – Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o que pensam os adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos do município de Santa Luzia/MG sobre a hepatite B e sobre a sua vacina.

Para o desenvolvimento deste estudo, solicitamos a sua colaboração, para que seu filho(a) participe da realização de entrevistas em grupo e individualmente. A atividade em grupo será realizada na escola em que ele(a) estuda e as entrevistas pessoais no local que você achar melhor (em casa, na escola). A participação dele(a) é voluntária, não aceitar o convite ou deixar de participar a qualquer momento não acarretará qualquer prejuízo para ele. As entrevistas são anônimas, quer dizer que o nome dele(a) não aparecerá em nenhum momento da pesquisa e seu filho(a) pode escolher um apelido para ser identificado. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Os benefícios esperados são de melhorar o atendimento nos serviços de saúde aos adolescentes, além de melhorar as maneiras de promover a saúde e a prevenção da doença na comunidade. Caso você queira mais esclarecimentos ou queira entrar em contato com o pesquisador pode telefonar para os seguintes números:

Tatianne Perdigão de Carvalho: (31)36413863 / 92824484

Comitê de Ética da UFMG: (31)3409-4592

End: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, BH. – Unid. Administrativa II, 2º andar, sala 2005.

Secretaria Municipal de Saúde: (31)36415320 / 36415323

End: Av.08, nº50, Frimisa, Santa Luzia/MG

O presente termo será emitido em duas vias, ficando o participante de posse de uma delas.

Eu, _____, CI _____, aceito que meu filho(a) participe das atividades da pesquisa **“REPRESENTAÇÕES E ATITUDES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA/MG SOBRE A HEPATITE B, SEUS RISCOS E PREVENÇÃO”**. Afirmo ter sido devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos, e sua divulgação posterior, sendo que seu nome será mantido em sigilo.

Assinatura do Responsável (para os menores de 18 anos)

CI: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ADOLESCENTES ACIMA DE 13 ANOS**

Santa Luzia, ____ de _____ de 2009.

Prezado (a) adolescente,

Por meio deste instrumento, convido-o(a) a participar voluntariamente da pesquisa **“REPRESENTAÇÕES E ATITUDES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA/MG SOBRE A HEPATITE B, SEUS RISCOS E PREVENÇÃO”** desenvolvida por Maria Imaculada de Fátima Freitas - Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG) e Tatianne Márcia Perdigão de Carvalho – Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o que pensam os adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos do município de Santa Luzia/MG sobre a hepatite B e sobre a sua vacina.

Para o desenvolvimento deste estudo, solicitamos a sua colaboração, com a realização de entrevistas em grupo e individualmente. A atividade em grupo será realizada na sua escola e as entrevistas pessoais no local que você achar melhor para você (em casa, na escola). Sua participação é voluntária, não aceitar o convite ou deixar de participar a qualquer momento não acarretará qualquer prejuízo para você. As entrevistas são anônimas, quer dizer que seu nome não aparecerá em nenhum momento da pesquisa e você pode escolher um apelido para ser identificado. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Os benefícios esperados são de melhorar o atendimento nos serviços de saúde aos adolescentes, além de melhorar as maneiras de promover a saúde e a prevenção da doença na comunidade. Caso você queira mais esclarecimentos ou queira entrar em contato com o pesquisador pode telefonar para os seguintes números:

Tatianne Perdigão de Carvalho: (31)36413863 / 92824484

Comitê de Ética da UFMG: (31)3409-4592

End: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, BH. – Unid. Administrativa II, 2º andar, sala 2005.

Secretaria Municipal de Saúde: (31)36415320 / 36415323
End: Av.08, nº50, Frimisa, Santa Luzia/MG

O presente termo será emitido em duas vias, ficando o participante de posse de uma delas.

Eu, _____, CI
_____, aceito participar das atividades da pesquisa
**“REPRESENTAÇÕES E ATITUDES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE
SANTA LUZIA/MG SOBRE A HEPATITE B, SEUS RISCOS E PREVENÇÃO”**.
Afirmando ter sido devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos do estudo, bem
como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos, e sua divulgação
posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Assinatura do participante

CI: ----- (quando houver)

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

| |
|---|
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS |
| ESCOLA DE ENFERMAGEM – MESTRADO / 2008 |
| PROJETO DE PESQUISA |
| REPRESENTAÇÕES DE ADOLESCENTES DE SANTA LUZIA/MG ACERCA DA DOENÇA HEPATITE B, SEUS RISCOS E PREVENÇÃO |

IDENTIFICAÇÃO

| |
|---|
| Entrevistado: _____ Idade: _____ Série: _____ Trabalha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem mora na sua casa: <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmãos <input type="checkbox"/> outros _____ Quantos trabalham: _____ Renda mensal: _____ Frequenta algum estabelecimento de saúde, qual? _____ |
|---|

AValiação DO CARTÃO DE VACINAS

| |
|--|
| Possui cartão de vacinas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, quais vacinas foram administradas na adolescência: <input type="checkbox"/> dT - N°. de doses: _____ <input type="checkbox"/> Febre Amarela - N°. de doses: _____ <input type="checkbox"/> Triviral - N°. de doses: _____ <input type="checkbox"/> Hepatite B - N°. de doses: _____ |
|--|

ROTEIRO DE ENTREVISTA

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece? 2. O que você sabe/pensa sobre estas doenças? 3. Você conhece alguém que já teve ou tem uma doença sexualmente transmissível? 4. Você conhece alguma forma de prevenção? Qual (is)? 5. Dentre essa(s), qual (is) você utiliza? 6. Você sabe se existe alguma forma de prevenir por vacina? Se tivesse, você tomaria? Por quê? 7. Você já ouviu falar de Hepatite B? O que você conhece desta doença? 8. Sabe como é transmitida? 9. Como você se protege contra esta doença? Por quê? 10. Finalmente, conte-me o que pensa destas doenças. (Caso, o adolescente não fale, solicite, pelo menos, três frases que mostrem seus sentimentos sobre elas). |
|--|

ANEXOS

ANEXO A - CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

| IDADE | VACINAS | DOSES | DOENÇAS EVITADAS |
|------------|--|--------------|--|
| Ao nascer | BCG - ID | Dose única | Formas graves de tuberculose. |
| | Vacina contra hepatite B | 1ª dose | Hepatite B |
| 1 mês | Vacina contra hepatite B | 2ª dose | Hepatite B |
| 2 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 1ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b. |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 1ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3) | 1ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| 4 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 2ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b. |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 2ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4) | 2ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| 6 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 3ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b. |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 3ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | Vacina contra hepatite B | 3ª dose | Hepatite B |
| 9 meses | Vacina contra febre amarela | Dose inicial | Febre amarela |
| 12 meses | SRC (tríplice viral) | Dose única | Sarampo, rubéola e caxumba. |
| 15 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | reforço | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | DTP (tríplice bacteriana) | 1º reforço | Difteria, tétano e coqueluche. |
| 4 - 6 anos | DTP (tríplice bacteriana) | 2º reforço | Difteria, tétano e coqueluche. |
| | SRC (tríplice viral) | reforço | Sarampo, rubéola e caxumba. |

FONTE: PORTARIA Nº. 1.602 DE 17 DE JULHO DE 2006 (Ministério da Saúde)

ANEXO B - CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO DE ROTINA NA ADOLESCÊNCIA

| Idade | Vacinas | Dose |
|---|---------------|--------------|
| 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde) | Hepatite B | 1ª dose |
| | dT | 1ª dose |
| | Febre amarela | dose inicial |
| | Triviral | dose única |
| 1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B | Hepatite B | 2ª dose |
| 6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B | Hepatite B | 3ª dose |
| 2 meses após a 1ª dose contra <u>difteria</u> e <u>tétano</u> | dT | 2ª dose |
| 4 meses após a 1ª dose contra <u>difteria</u> e <u>tétano</u> | dT | 3ª dose |
| A cada 10 anos, por toda a vida. | dT | Reforço |
| | Febre amarela | Reforço |

FONTE: PORTARIA Nº. 1.602 DE 17 DE JULHO DE 2006 (Ministério da Saúde)

**ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, ETIC 041/09**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 041/09

Interessado(a): **Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas**
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de maio de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Representações e atitudes de adolescentes do município de Santa Luzia/MC sobre a Hepatite B, seus riscos e prevenção"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA LUZIA/MG PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Para: Marli de Oliveira Nascimento – Secretária Municipal de Educação de Santa Luzia/MG
C/C: Francislene Grácio de Abreu

Prezada Senhora Secretária,

Vimos, por meio desta, solicitar seu apoio para a realização de pesquisa junto aos alunos de 11 a 19 anos de escolas da rede municipal de educação, a serem definidas posteriormente com V.Sa.

Trata-se de um projeto de pesquisa que tem como objetivo geral compreender as representações e atitudes relacionadas à baixa adesão à vacina contra hepatite B pelos adolescentes do município de Santa Luzia/MG, na perspectiva deles. Neste estudo utiliza-se a abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Com a intenção de explorar as representações dos adolescentes sobre a doença hepatite B, seus riscos e prevenção, as técnicas de coleta de dados a serem utilizadas serão: a entrevista coletiva (grupo focal) e individual. As entrevistas serão iniciadas em fevereiro/2008, juntamente com o início do ano letivo, após o esclarecimento da pesquisa e o consentimento dos pais e alunos.

Tal pesquisa se justifica, porque a cobertura vacinal tem déficit acumulado de mais de 50% entre os adolescentes no nosso município e a vacina é considerada a principal forma de prevenção, tendo sido introduzida desde 1999 no calendário nacional de imunização do SUS.

A hepatite b é uma inflamação do fígado, causada pelo vírus HBV. Pode ser transmitida, principalmente, por meio de relações sexuais sem preservativo, por transfusões de sangue, uso compartilhado de seringas e agulhas entre usuários de drogas. O contato acidental do sangue ou secreções corporais contaminadas pelo vírus, com mucosas ou peles lesionadas, também pode causar a infecção.

A Escola exerce um papel imprescindível na saúde dos adolescentes, informando e educando sobre doenças e sexualidade, sendo local privilegiado para se confrontar idéias sobre a hepatite B e suas formas de prevenção, em um enfoque que leva ao aprofundamento científico ao mesmo tempo em que tem caráter educativo.

Sendo assim, reiteramos nossa solicitação de sua autorização para realizar essa pesquisa, fortalecendo parceria interinstitucional entre a Secretaria Municipal de Educação de Santa Luzia e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na qual nosso grupo de pesquisa está sediado.

