



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

MARIA ISABELLY FERNANDES DA COSTA

**ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA E
VULNERABILIDADES ÀS IST/HIV/AIDS**

FORTALEZA

2017

MARIA ISABELLY FERNANDES DA COSTA

ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA E
VULNERABILIDADES ÀS IST/HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

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

Co-orientador: Prof. Dr. Izaildo Tavares Luna.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C874a Costa, Maria Isabelly Fernandes da.
Adolescentes em Situação de Pobreza: Resiliência e Vulnerabilidade às IST/HIV/aids / Maria Isabelly Fernandes da Costa. – 2017.
112 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profª. Dra. Patricia Neyva da Costa Pinheiro .
Coorientação: Prof. Dr. Izaildo Tavares Luna .
1. Enfermagem. 2. Adolescente. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4. Resiliência. 5. Pobreza. I.
Titulo.

CDD 610.73

MARIA ISABELLY FERNANDES DA COSTA

ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA E
VULNERABILIDADES ÀS IST/HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

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

Prof.^a Dr.^a Emanuella Silva Joventino (1^a Membro)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Léa Maria Moura Barroso (2^a Membro)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.^a Dr.^a Kelanne Lima da Silva (Suplente)
Prefeitura Municipal de Eusébio

A Deus pelo seu amor incondicional.

Aos meus pais Antônio Augusto e Iolanda Fernandes que são meus pilares de amor e temor ao Senhor.

Aos meus irmãos, que são presentes e anjos de Deus na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é meu alicerce e minha inspiração, agradeço por todo amor e zelo, por me escolher, me honrar, me abençoar, pelo conforto nos momentos difíceis e alegria nos momentos de tristeza. Muito obrigada, meu Deus, por tudo que tens feito e por tudo que irás fazer na minha vida. Amo o meu Deus de todo o meu coração.

Aos meus pais Iolanda Fernandes e Antônio Augusto, pelos ensinamentos, pelo amor, pelo carinho, pelo abraço caloroso e por sempre acreditarem no meu potencial como filha e como profissional. Agradeço todos os dias a Deus por ter me proporcionado conviver e ter o prazer de chamá-los de meus pais. A vocês que muito sorriram ao meu primeiro choro e choraram a meu primeiro sorriso, a vocês que sempre aplaudiram minhas conquistas e me ensinaram o sentido da gratidão, mas não me avisaram que neste dia não haveria palavras que descrevessem tamanha gratidão. A você papai que muito me ensinou em vida, e continuou me ensinando após a sua partida os valores e os princípios essenciais nessa vida. O senhor papai foi um guerreiro de vários combates e que como recompensa ganha o céu. Deus te receba com todo amor e carinho. Muito orgulho de ser sua filha. Amo vocês.

Aos meus irmãos, pelo apoio incondicional de sempre, pelas orações, pelas vibrações em cada conquista. Não chegaria até aqui se não fosse com o apoio de vocês. Agradeço de uma forma calorosa a minha irmã Landa Fernandes, que muitas vezes é minha, amiga, confidente e mãe. Minha gratidão a você é eterna, assim como os demais irmãos, e aos meus sobrinhos que tanto amo.

Aos amigos que Deus me apresentou nessa vida, pela amizade, pelo apoio, pela consideração e por vibrarem cada conquista. Aos de perto, aos de longe, meu muito obrigada. Amo vocês

À minha orientadora, professora Patrícia Neyva, por me ensinar a essência de ser mestre, do cuidar. Agradeço seu apoio em todos os momentos, os ensinamentos, as cobranças que muito contribuíram com meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço a Deus por ter-me apresentado com uma orientadora tão maravilhosa, uma segunda mãe, uma amiga e companheira. Muito obrigada por acreditar no meu potencial e dividir comigo seus conhecimentos. Serei eternamente grata.

Ao meu co-orientador professor Izaildo, que foi fundamental na conclusão desse trabalho, obrigada pela disponibilidade de sempre, pelo carinho, amor e parceria de muito sucesso e aprendizado.

A banca examinadora, pelas contribuições e engrandecimento do trabalho, e pela disponibilidade de sempre. Obrigada!

Aos professores do mestrado, que compartilharam seus conhecimentos e aprendizados durante a caminhada nesses dois anos. Obrigada a todos.

Aos colegas do projeto Aids, em especial ao meu grande amigo Raelson Ribeiro, sempre presente em todos os momentos e me incentivando ao crescimento profissional e pessoal. Sou muito grata pela sua amizade.

Aos colegas da turma do mestrado, pelos conhecimentos compartilhados, as risadas, as angústias e alegrias. Agradeço em especial as minhas amigas Leidiane Moraes, Thabyta de Araújo e Caroline Aquino pelo carinho e disponibilidade em todos os momentos, e por sempre acreditarem no meu potencial. Sou muito feliz em tê-las no meu ciclo de amizade.

A FUNCAP, pela bolsa concedida, a qual me proporcionou realizar esse trabalho.

E por fim a todos que contribuíram com essa conquista, muito obrigada e que Deus nos abençoe infinitamente mais.

“Por que Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente”.
Amém.

(Rm: 11:36)

RESUMO

A adolescência é uma fase da vida, permeada por transformações e início da atividade sexual, o que torna os adolescentes vulneráveis às IST/HIV/aids. Nesse contexto, a pobreza representa uma vulnerabilidade que aumenta os riscos prejudiciais à saúde. A resiliência nesse sentido apresenta-se como uma possibilidade de redução de vulnerabilidade, uma vez que se caracteriza como uma resposta positiva em relação à superação da situação de risco, adaptação e fortalecimento pessoal. Objetivou-se analisar a relação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids de adolescentes em situação de pobreza e seu nível de resiliência. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 287 adolescentes do 6º e 7º ano do ensino fundamental de uma escola pública na cidade de Fortaleza-CE, entre 11 a 17 anos. A coleta de dados ocorreu em três etapas - aplicação do questionário socioeconômico - aplicação do questionário de vulnerabilidades às IST/HIV/aids - escala de resiliência. Os dados foram analisados por meio do SPSS, versão 20.0 e apresentados em tabelas. Os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* foram utilizados para avaliar a associação entre os fatores biológicos e sociais dos adolescentes e as vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala de resiliência. A associação entre a vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala foi realizada através do coeficiente de *Spearman*, considerando $p < 0,05$. O estudo foi aprovado com o parecer sob o nº 1.615.672. Dos 287 adolescentes, 66,6 % é do sexo masculino e 33,4% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi entre 15 e 16 anos. Observou-se que 40,8% dos adolescentes não tiveram relações sexuais, no entanto, dos que já tiveram 38,3% não usou preservativo em pelo menos uma das relações. Quanto ao uso do preservativo, 84% consideram que é bom para evitar filhos, HIV e IST's, e 16,4% que não precisa utilizar com a pessoa que se ama e confia. Os adolescentes mais vulneráveis às IST/HIV/aids são do sexo masculino, entre 11 e 12 anos, do 6º ano, sem religião, em relacionamentos esporádicos, residindo com seis ou mais pessoas. Os mais resilientes são do sexo feminino, entre 17 e 18 anos, do 7º ano, sem religião, em outro tipo de relacionamento, residindo com duas pessoas. Identificou-se associação estatisticamente significativa entre o questionário de vulnerabilidade e a escala de resiliência, considerando $p=0,022$, com relação inversamente proporcional com $p=-0,135$. Conclui-se que os adolescentes mais vulneráveis às IST/HIV/aids e menos resilientes são do sexo masculino, o que implica na necessidade de que o profissional enfermeiro desempenhe ações educativas que visem a promoção da resiliência e da saúde desses adolescentes.

Palavras-chave: Enfermagem. Adolescente. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Resiliência. Pobreza.

ABSTRACT

Adolescence is a phase of life, permeated by transformations and initiation of sexual activity, which makes adolescents vulnerable to IST/HIV/AIDS. In this context, poverty represents a vulnerability that increases risks detrimental to health. Resilience in this sense presents itself as a possibility of reducing vulnerability, since it is characterized as a positive response in relation to overcoming the situation of risk, adaptation and personal empowerment. The objective was to analyze the relationship between vulnerabilities to IST/HIV/AIDS of adolescents living in poverty and their level of resilience. This is a cross-sectional, quantitative study conducted with 287 adolescents from the 6th and 7th years of elementary school at a public school in the city of Fortaleza, CE, between 11 and 17 years. Data collection took place in three stages - application of the socioeconomic questionnaire - application of the IST/HIV/AIDS vulnerability questionnaire - application of the resilience scale. Data were analyzed using SPSS, version 20.0 and presented in tables. The *Mann-Whitney* or *Kruskal-Wallis* test was used to assess the association between the biological and social factors of adolescents with the IST/ HIV/AIDS vulnerability questionnaire as well as the resilience scale. The association between the IST/HIV/AIDS vulnerability questionnaire and the scale was performed using the *Spearman* correlation coefficient, considering as statistically significant the analyzes with $p < 0.05$. The study was approved with the opinion incorporated under no: 1.615.672. Of the 287 adolescents, 66.6% were male and 33.4% female. The predominant age group was the average adolescence, corresponding to ages between 15 and 16 years. It was observed that 40.8% of the adolescents had not yet had sex, although of those who had sexual intercourse, 38.3% did not use a condom in at least one of the relationships. Regarding condom use, 84% consider it good to avoid children, HIV and STIs, and 16.4% consider that it does not need to be used with the person they love and trust. The adolescents most vulnerable to IST/HIV/AIDS are males, between the ages of 11 and 12 years and 6⁰ years without religion. In another type of relationship, living with six or more people. While the most resilient adolescents were female, between 17 and 18 years, of the 7⁰ year without religion, living with two people. A statistically significant association was identified between the vulnerability questionnaire and the resilience scale, considering $p = 0.022$, with an inversely proportional relation with $p = -0.135$. It is concluded that the adolescents most vulnerable to IS/THIV/AIDS and less resilient are male, which implies the need for the nurse professional to carry out educational actions aimed at promoting the resilience and health of these adolescents.

Keywords: Nursing. Teenager. Sexually Transmitted Diseases. Resilience. Poverty.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da distribuição das etapas do estudo.....	40
Figura 2 – Fluxograma da distribuição dos pontos do questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids, em adolescentes em situação de pobreza.....	41
Figura 3 – Fluxograma da associação do questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala de resiliência.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	44
Tabela 2 –	Características sociais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	45
Tabela 3 –	Características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	46
Tabela 4 –	Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada ao início da relação sexual no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	48
Tabela 5 –	Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada ao uso do preservativo e a gravidez no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	49
Tabela 6 –	Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada à exposição às IST/HIV/aids no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	50
Tabela 7 –	Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada aos serviços de saúde, diálogo e facilidades/dificuldades na aquisição do preservativo. Fortaleza, 2017.....	51
Tabela 8 –	Análise de frequências das respostas a cada um dos itens do questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids. Fortaleza, 2017.....	52
Tabela 9 –	Associação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids e as características dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	53
Tabela 10 –	Associação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	55
Tabela 11 –	Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos no questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids. Fortaleza, 2017.....	56
Tabela 12 –	Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos no questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids por sexo. Fortaleza, 2017.....	57

Tabela 13 –	Análise descritiva das respostas da Escala de Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	58
Tabela 14 –	Análise de frequências das respostas dadas aos itens do domínio “Resolução de Valores”, dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	59
Tabela 15 –	Análise de frequências das respostas dadas aos itens do domínio “Independência e Determinação”, dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	60
Tabela 16 –	Análise de frequências das respostas dadas aos itens do domínio “Autoconfiança e Capacidade de Adaptação”, dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	60
Tabela 17 –	Associação entre a Escala de Resiliência e as características dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	61
Tabela 18 –	Associação entre a Escala de Resiliência e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	63
Tabela 19 –	Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos na Escala de Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	64
Tabela 20 –	Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos na Escala de Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza por sexo no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARS	<i>Adolescent Resilience Scale</i>
BPFI	<i>Baruth Protective Factors Inventory</i>
BRCS	<i>Brief-Resilient Coping Scale</i>
CD-RISC	<i>Connor–Davidson Resilience Scale</i>
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVIO	Laboratório de Estudos da Conflitualidade e Violência
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMEIEF	Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental
EPR	Escala de Pilares da Resiliência
FRAS	Family Resilience Assessment Scale
FSR	Resilience Factors Scale
GBJ	Grande Bom Jardim
GMF	Guarda Municipal e Defesa Civil de Fortaleza
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HKRAM	<i>Healthy Kids Resilience Assessment Module</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-B	Índice de Desenvolvimento Humano dos bairros
IDT	Instituto de Desenvolvimento do Trabalho
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LABVIDA	Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética
LEV	Laboratório de Estudos da Violência
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social
ME	Ministério da Educação
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBS	Programa Bolsa Família
PEA	População Economicamente Ativa

PED	Pesquisa de Emprego e Desemprego
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PROSAD	Programa da Saúde do Adolescente,
PSE	Programa Saúde na Escola
PSPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
RS	Resilience Scale
RSA	Resilience Scale for Adults
SEDUC	Secretaria de Educação do Estado do Ceará
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STDS	Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de consentimento livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo Geral.....	24
2.2	Objetivos Específicos.....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	Vulnerabilidade e resiliência na adolescência.....	25
3.2	Situação de pobreza e prevenção às IST/HIV/aids na adolescência.....	29
3.3	Instrumentos utilizados para mensuração da resiliência.....	32
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de estudo.....	37
4.2	Local e Período do estudo.....	37
4.3	Seleção dos participantes.....	38
4.4	Coleta de dados.....	39
4.5	Descrição e análise dos dados.....	42
4.6	Aspectos éticos e legais.....	42
5	RESULTADOS	44
5.1	Características da amostra.....	44
5.2	Vulnerabilidade às IST/HIV/aids dos adolescentes em situação de pobreza.....	48
5.3	Associação entre as vulnerabilidades as IST/HIV/aids e as características dos adolescentes em situação em pobreza.....	53
5.4	Associação entre as vulnerabilidades ao IST/HIV/aids e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza..	54
5.5	Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos no questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids.....	56
5.6	A resiliência dos adolescentes em situação de pobreza.....	57
5.7	Associação entre a escala de resiliência e as características dos adolescentes em situação de pobreza.....	61
5.8	Associação entre a escala de resiliência e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza.....	62
5.9	Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos na escala de	

	resiliência.....	64
5.10	Associação entre o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala de resiliência.....	65
6	DISCUSSÃO.....	66
7	CONCLUSÃO.....	76
8	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	78
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICES.....	94
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PAIS E/OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES.....	94
	APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE.....	97
	APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	99
	APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....	100
	APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	101
	ANEXOS.....	102
	ANEXO A – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DO BAIRRO GRANDE BOM JARDIM.....	102
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO – DADOS GERAIS (VERSÃO ADAPTADA).....	103
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A VULNERABILIDADE ÀS IST/HIV/AIDS (PROJETO DE MOBILIZAÇÃO NACIONAL DE ADOLESCENTES E JOVENS PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV E DA AIDS).....	105
	ANEXO D – ESCALA DE RESILIÊNCIA: VERSÃO ADAPTADA PARA O BRASIL.....	108
	ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	109

1 INTRODUÇÃO

A pobreza é considerada fenômeno transversal, cujo conceito envolve várias determinações. Relaciona-se a diversas abordagens e convergências sobre o seu significado, uma vez que é entendida como a incapacidade do estabelecimento do bem-estar humano, ocasionada pelo não atendimento das necessidades essenciais. No entanto, devido a recorrentes discussões e à abrangência conceitual, a pobreza deve ser analisada não somente pelo prisma econômico, mas também do ponto de vista de variáveis não econômicas, como os recursos naturais, níveis de escolaridade e a proximidade com mercados produtores e consumidores (ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2012; BEZERRA *et al.*, 2010).

Abordagens conceituais e analíticas são empregadas, tanto na literatura nacional quanto na literatura internacional, para a mensuração da extrema pobreza, da pobreza e da fome. Na perspectiva conceitual, um indivíduo é considerado pobre, se sua renda disponível for menor que um dado valor monetário normativamente estabelecido, enquanto que na perspectiva metodológica, pode conduzir a estimativas muito diferentes, dependendo da população. Como exemplos dessas abordagens, tem-se o dimensionamento da pobreza como a expressão da insuficiência de renda, insuficiência de acesso e consumo de alimentos e não satisfação de necessidades básicas (FERES; VILATORO, 2013).

A pobreza apresenta diversas faces, que são determinadas a partir do público a que se destina, subdividindo-se em várias linhas, como a pobreza absoluta, relativa, subjetiva, combinações entre linhas de pobreza, indicadores de privações, índices multidimensionais de necessidade básicas não atendidas, nas quais é possível estabelecer critérios de escolha. No entanto, sempre existirão outros fatores que devem ser avaliados, como a baixa renda, baixa escolaridade, más condições de saúde, moradia precária, falta de saneamento básico, desemprego e violência (BRASIL, 2014a; UNICEF, 2011a).

A identificação de indivíduos em situações de pobreza ou de extrema pobreza relaciona-se a diversos fatores, além de questões administrativas e políticas. Essa identificação não pode se limitar somente às condições de acesso dos indivíduos aos serviços oferecidos, precisa-se de parâmetros que determinem quais indivíduos se enquadram nessas condições de pobreza (BRASIL, 2014a).

No Brasil, nos últimos 13 anos, ocorreu redução significativa da extrema pobreza, de 25,5% para 3,5% no ano de 2012, sendo um dos países que mais contribuiu para o alcance global da meta tanto em nível nacional quanto internacional. Esses dados são resultados do estabelecimento das metas do milênio, conduzido pela Organização Mundial de Saúde

(OMS), e da implementação do Plano Brasil sem Miséria, fundado em 2011, que objetivava combater a extrema pobreza no país e a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre (PNUD, 2014; IPECE, 2015; BRASIL, 2014a).

O número de pessoas em situação de pobreza extrema em todo o mundo reduziu de 1,9 milhões para 836 milhões. Atualmente, mais de 2,6 milhões de pessoas passaram a ter acesso a uma fonte melhorada de água potável, e 2,1 milhões passaram a dispor de melhores estruturas de saneamento. Dessa forma, percebe-se que, apesar de a população mundial ter aumentado de 5,3 milhões para 7,3 milhões, a pobreza de rendimento em regiões de países em desenvolvimento sofreu uma redução de mais de dois terços entre os anos de 1990 e 2015 (PNUD, 2015).

O Brasil, nos últimos 25 anos, tornou-se um país de renda média alta, no qual 60% dos brasileiros aumentaram sua renda e, ao todo, 36 milhões de pessoas saíram da extrema pobreza. O país se fortaleceu economicamente, passando da 13ª para a 7ª posição no *ranking* das maiores economias do mundo (UNICEF, 2015). No entanto, a pobreza é considerada o pilar para o desenvolvimento de vulnerabilidades, principalmente no público adolescente, pois se relaciona com a falta de recursos como trabalho, lazer, moradia, cultura e educação, que são insumos primordiais para o desenvolvimento (UNICEF, 2011b).

Indicadores do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que 40% dos brasileiros que vivem na miséria são adolescentes de até 14 anos de idade. O percentual de adolescentes entre 12 e 17 anos que vivem em famílias com renda inferior a meio salário mínimo *per capita* é de 7,9 milhões, ou seja, 38% estão em condição de pobreza. No Ceará, esses dados permanecem, porém, salienta-se a redução da pobreza extrema, principalmente no que se refere às crianças de 0 a 14 anos e adultos de 30 a 59 anos de idade (IPECE, 2016; UNICEF, 2011c).

Nesse sentido, a elaboração do Plano Brasil Sem Miséria se configura como uma estratégia governamental que objetiva elevar a renda e as condições de bem estar da população brasileira. Esta iniciativa prevê incremento financeiro ao Programa Bolsa Família (PBS), caracterizado como ação governamental de transferência direta de renda vinculada ao Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Contudo, a redistribuição de renda representa somente o início de um longo e difícil processo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012).

Portanto, é necessário conhecer a pobreza em sua complexidade, pois ela é constituída também de fatores sociais, políticos e simbólicos. As pessoas pobres vivenciam variadas formas de discriminação, sendo idealizadas como criminosas, violentas, culpadas pela sua situação de pobreza, doentes e causadoras de mazelas sociais. A pobreza, então,

funciona como estratégia de manutenção do *status quo*, em que há uma série de práticas, valores e crenças que delimitam o modo de viver dos pobres, desenvolvendo uma forma específica de identidade (MOURA *et al.*, 2014).

Em sua essência, a pobreza é uma vulnerabilidade que potencializa outras vulnerabilidades, deixando os indivíduos mais fragilizados, principalmente os adolescentes que estão em uma fase de profundas transformações biológicas, psicológicas, sociais e emocionais. Estar inserido em um ambiente com baixas condições socioeconômicas, em que pessoas pobres configuram coletividades ambivalentes, é estar exposto a adversidades e vulnerabilidades, como a marginalização econômica, criminalização, violência e agravos à saúde (FALCON; CARVALHO, 2011; FERREIRA, 2012).

Assim, a vulnerabilidade compreende três importantes dimensões: a individual, a social e a programática. Essas estão interligadas e uma exerce influência sobre a outra, sendo útil para o entendimento do processo de adolecer, uma vez que este se caracteriza por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, com complexas e inúmeras transformações. As modificações na adolescência ocorrem de forma simultânea, originando emoções e comportamentos que os deixam suscetíveis a situações de riscos e vulnerabilidades. Dentre essas situações, as que mais se destacam são o uso abusivo de álcool e drogas, exploração de trabalho, violência, gravidez não planejada e infecção por IST/HIV/aids (UNICEF, 2011b; DAVIM *et al.*, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2012).

O uso de drogas, sejam essas lícitas ou ilícitas, constituem-se como uma das principais vulnerabilidades na adolescência. Pondera-se que o acesso a essas substâncias, de forma geral, é considerado fácil por parte dos adolescentes, sendo adquiridas por eles ou por terceiros que as repassam para consumo (ZEITOUNE, 2012). Em paralelo a essa situação, alguns adolescentes entram precocemente no mercado de trabalho em condições de subemprego, exploração, longe das escolas e de uma vida digna, envolvidos com o crime organizado, prostituição, além de vivenciarem vários tipos de violência (BRASIL, 2014a; REIS *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a violência tem se intensificado cada vez mais tanto em nível mundial como nacional. No Brasil, o número de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade vítimas de violência é alarmante. Além do mais, o nosso país tem uma alta magnitude de vitimização entre os adolescentes (WAISELFISZ, 2015; MALTA, 2014).

Outra vulnerabilidade que tem se destacado é a gravidez na adolescência, uma vez que essa população é mais propícia a desenvolver problemas, como crises hipertensivas,

partos prematuros e anemia, além do risco de morte durante a gravidez ou durante o parto, principalmente entre adolescentes menores de 15 anos (MOTA, 2012).

No que concerne à infecção por IST/HIV/aids, essa se constitui em um aspecto importante, considerando que a exposição às IST/HIV/aids é mais propícia na adolescência, em virtude da sensação de invulnerabilidade, que é comum nos adolescentes. O perfil epidemiológico da aids, no Brasil e no mundo, mostra maior prevalência da doença entre os adolescentes e jovens, sendo maior a incidência das infecções pelo HIV/aids na faixa etária de 15 a 24 anos, em ambos os sexos (BRASIL, 2015).

A doença mostra que os baixos níveis de escolaridade e outras características socioeconômicas estão associados ao aumento das infecções dos adolescentes e jovens brasileiros pelas IST/HIV/aids. Embora os dados mostrem que os adolescentes tenham conhecimento sobre prevenção de IST/HIV/aids, ainda há um crescimento da infecção de HIV, evidenciando, assim, um aumento da distribuição dos casos entre adolescentes (CAMPOS *et al.*, 2014).

Os primeiros casos de aids no Brasil foram identificados no início da década de 80, tendo sido registrados predominantemente entre homens de maior escolaridade, *gays* adultos, e/ou pertencentes a grupos de risco, tais como usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Além do mais, o fenômeno de pauperização da aids está relacionado à pobreza, visto que esta doença atinge indivíduos com baixas condições socioeconômicas e menor escolaridade (SILVA *et al.*, 2013; BRASIL, 2011; SILVA *et al.*, 2010).

No Brasil, o processo de “pauperização” da aids é influenciado por um desnível significativo no conhecimento sobre IST/HIV/aids, desfavorecendo aqueles com piores condições de educação e nível social. A doença mostra que os baixos níveis de escolaridade e outras características socioeconômicas estão associados ao aumento das infecções dos adolescentes e jovens brasileiros. Observa-se, de forma geral, uma concentração maior de casos entre aqueles com ensino médio completo e 5ª a 8ª série incompleta (BRASIL, 2015a; CAMPOS *et al.*, 2014; IRFFI; SOARES; DESOUZA, 2010).

Nesse aspecto, a prevenção às IST/HIV/aids é de suma importância, considerando que os indivíduos, principalmente os adolescentes, são cada vez mais suscetíveis à infecção. Assim o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Prevenção às IST/HIV/aids, estabeleceu estratégias que favorecem o delineamento de ações à adoção de comportamento seguros frente aos agravos à saúde sexual, além da diversificação e da ampliação dos serviços de assistência e prevenção às IST/HIV/aids (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a promoção da resiliência pode ser entendida como uma das possibilidades de redução de vulnerabilidades, uma vez que se caracteriza como uma resposta positiva em relação à superação da situação de risco e, conseqüentemente, à adaptação e ao fortalecimento pessoal, buscando compreender as transformações decorrentes da vivência de várias formas de sofrimento. Estas transformações constituem-se em elementos de proteção que são importantes na construção e na compreensão da resiliência e no fortalecimento diante das vulnerabilidades (BRÊTAS, 2011; JULIANO; YUNES, 2010).

Salienta-se que as características ambientais afetam profundamente a saúde e a resiliência dos adolescentes. As condições físicas como o acesso ao alimento, moradia, escolas, recursos recreativos, condições sociais que se referem ao sentimento de inclusão, pertencimento a comunidades e à sociedade em geral, independentemente de gênero, etnia, religião ou orientação sexual, são alguns fatores ambientais que afetam a resiliência dos adolescentes (BARANKIN, 2013).

Assim, a resiliência é considerada fator importante, pois é entendida como o enfrentamento à experiência de impacto negativo em relação à saúde e à manifestação de resposta positiva, mesmo com a agressão sofrida. A diversidade de respostas e comportamentos individuais relaciona-se à maturidade psíquica, o que possibilita o crescimento e adaptação favorável a situações adversas. No entanto, alguns adolescentes vivenciam essas experiências de forma traumática e desajustada, traduzindo-se em mal-estar com desajustes sociais, escolares e familiares (VILELLAS *et al.*, 2013).

No contexto da enfermagem, a resiliência ainda é pouco explorada. Sabe-se o quão grande é o desafio olhar o outro na sua dinâmica integral, procurando observar além das aparências, motivando o uso de recursos internos e externos, esclarecendo, encaminhando e mobilizando recursos institucionais e comunitários (PELTONEN *et al.*, 2012).

Nesse aspecto, o enfermeiro assume papel de educador/facilitador, criando ambiente que proporcione à aprendizagem, visto que o foco da aprendizagem é a preparação do sujeito para ocupar seu lugar dentro da sociedade (NEVES, 2016; BASTOS, 2013; BASTABLE, 2010).

Os profissionais devem planejar suas ações voltadas para o compromisso com a promoção da saúde e as mudanças de comportamento dos indivíduos. É importante que os profissionais de enfermagem possuam conhecimentos e habilidades para sensibilizar a população com atividades mais abrangentes e que estejam voltadas para a promoção da saúde (FERNANDES; BACKES, 2010; CASEY, 2007).

Assim, a promoção da saúde é vista como conjunto de estratégias educativas que tem como principal objetivo uma melhor qualidade de vida tanto no âmbito individual como no coletivo. No entanto, para potencializar as ações de promoção da saúde, é fundamental a intersetorialidade, com a finalidade de promover a efetividade e sustentabilidade, aprimorando as condições de saúde do indivíduo (PINTO, 2012).

Nesse contexto, as políticas de saúde identificam o ambiente escolar como um espaço para práticas que promovem a saúde, prevenção e educação para a saúde. Ressalta-se que órgãos internacionais também apontam a escola como um espaço propício que engloba intervenções de promoção a saúde na adolescência (CDC, 2011; BRASIL, 2009).

Salienta-se que na promoção à saúde do adolescente no ambiente escolar, o enfermeiro tem a capacidade de agregar-se a escola para integrar a educação em saúde, tendo como objetivo a sensibilização do sujeito para o exercício da autonomia, tornando-os questionadores dos riscos a que se expõe para o alcance de uma melhor qualidade de vida e um adolescer saudável (BESERRA; SOUSA; ALVES, 2014; RASCHE; SANTOS, 2013).

Nesse sentido, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que através dos seus componentes de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, reorientando um cuidado integral aos adolescentes, diminui a distância entre a escola e os serviços de saúde, criando um espaço de discussão intersetorial, aproximando a realidade de cada educando e possibilitando o indivíduo a ser um participante ativo no processo saúde-doença, proporcionando o protagonismo juvenil (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

Ressalta-se ainda a participação das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na promoção da saúde do adolescente, em que se tem o desafio de desenvolver ações de cuidados integrais individuais e coletivos, respondendo aos preceitos e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, os profissionais da atenção da básica devem conhecer os princípios de promoção da saúde e o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que resgatem a realidade sociocultural de forma que contribua com a promoção da saúde da coletividade (BRASIL, 2013; ALVES; BOEHS; HEIDMANN, 2012; BRASIL, 2011).

Na atenção básica, a educação em saúde está entre as principais ações a serem desenvolvidas pela equipe, com destaque ao processo de trabalho da equipe de enfermagem, pois as próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como educador. Assim, o enfermeiro deve avaliar seu papel como educador no que se refere à contribuição da formação crítica da população no que tange às suas potencialidades e fragilidades e, dessa forma, construir um conhecimento contextualizado com a realidade, pois

a educação e a saúde são categorias indissociáveis (BACKES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2014; FERNANDES, BACKS, 2010).

Portanto, o enfermeiro desempenha importante papel na promoção da saúde, bem como na prevenção de doenças, principalmente aquelas evitáveis como a infecção por IST/HIV/aids através de ações educativas (MOREIRA *et al.*, 2015). No entanto, para que as ações de educação em saúde sejam desenvolvidas, é necessária a participação de três atores: os profissionais de saúde, que devem valorizar essa prática de prevenção e promoção da saúde; os gestores, que devem apoiar esses profissionais; e a população, que precisa construir conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Diante do contexto apresentado e da complexidade que se é ser adolescente em situação de vulnerabilidade, questionou-se: qual a influência da pobreza em relação à vulnerabilidade as IST/HIV/aids? Qual o índice de resiliência dos adolescentes a esses agravos a saúde? Quais as relações entre as vulnerabilidades e a resiliência dos adolescentes?

Assim, esse estudo busca fornecer informações relevantes com a finalidade de que sejam implementadas estratégias que visem a promoção da resiliência aos adolescentes em situações de pobreza e vulneráveis às IST/HIV/aids, uma vez que essas infecções têm aumentado consideravelmente. Percebe o quanto esse público necessita de uma assistência integralizada, pois pensar a adolescência no processo de desenvolvimento humano, em um contexto de exclusão social e econômica, é percebê-lo com suas necessidades perante a escassez de recursos, uma vez que, devido ao processo natural de desenvolvimento, o adolescente traz consigo condições intrínsecas de vulnerabilidades (PESSALACIA *et al.*, 2010; BRÊTAS, 2011).

Além do mais, considerando os inúmeros fatores que podem potencializar o desenvolvimento da resiliência, torna-se pertinente a identificação de grupos mais vulneráveis e assim, a implementação de estratégias que visem à promoção da resiliência em adolescentes em situação de risco, diminuindo o impacto das adversidades e potencializando os acontecimentos positivos, fortalecendo o desenvolvimento e a construção de mecanismos para o enfrentamento das adversidades, tornando-os seres mais resilientes (ASSUNÇÃO, 2014).

Nessa perspectiva, esse estudo possibilita a identificação de grupos vulneráveis às IST/HIV/aids, permitindo uma atuação intersetorial entre profissionais da saúde, professores, direção, orientação escolar, contribuindo para a promoção da saúde e da resiliência, tornando-os mais resilientes e com comportamentos que os proporcionem satisfação pessoal e qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a relação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids de adolescentes em situação de pobreza e seu nível de resiliência.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características socioeconômicas dos adolescentes em situação de pobreza;
- Identificar a influência da pobreza na vulnerabilidade dos adolescentes às IST/HIV/aids;
- Apresentar o nível de resiliência dos adolescentes em situação de pobreza às IST/HIV/aids.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Vulnerabilidade e resiliência na adolescência

A vulnerabilidade está relacionada ao argumento da dimensão da realidade, articulada às necessidades dos indivíduos, seja esta objetiva ou subjetiva. Não se limita apenas às necessidades individuais, mas também a necessidades grupais, estando diretamente ligada às discussões acerca dos direitos dos indivíduos, do controle social, da autonomia e, principalmente, do empoderamento (GUIMARÃES; NOVAES, 2010).

Compreende três importantes dimensões: individual, social e programática. A vulnerabilidade individual refere-se a aspectos biológicos, emocionais e cognitivos do indivíduo, enquanto que a vulnerabilidade social caracteriza-se por aspectos culturais, sociais, econômicos, que determinam as oportunidades ao acesso de bens e de serviços. A programática consiste nos recursos sociais que são necessários para a proteção do indivíduo, no que diz respeito aos riscos e à integridade, bem como ao bem-estar físico, social e psicológico (AYRES, 2006; RODRIGUES; NERI, 2012).

Viver em uma situação de vulnerabilidade é viver exposto a fatores de desequilíbrio emocional, físico, cognitivo e social. Ser vulnerável não se restringe apenas a ser incapaz de superar determinada situação, mas diz respeito a desenvolver comportamentos adaptativos no enfrentamento a fatores de risco e às desigualdades sociais que podem influenciar o desenvolvimento (BRÊTAS, 2010).

O adolescente, na sua construção, passa por diversas modificações físicas e psicológicas, e as condições sociais exercem fortes influências nesse processo. Porém, independente da classe social, todos os adolescentes vivenciam as crises comuns desse período. Para aqueles socialmente estáveis, essa passagem se relaciona com o que é proposto por nossa sociedade, como a influência da mídia, o padrão de beleza, *status*, escolaridade, emprego respeitável. Para aqueles que se encontram fora desse ideal, em situação de exclusão, expostos às vulnerabilidades, vivenciando conflitos familiares, falta de oportunidades, o enfrentamento a essa crise torna-se mais complexo e difícil de ser superado (BOSSE, 2012).

Mundialmente, as principais vulnerabilidades estão relacionadas a situações de pobreza, fome, desigualdades sociais, catástrofes e acometimento por doenças transmissíveis. Em Moçambique, por exemplo, as principais vulnerabilidades que acometem os adolescentes dizem respeito ao início de práticas sexuais precoces, não uso do preservativo e infecção por IST/HIV/aids. No Brasil, as principais vulnerabilidades estão relacionadas ao uso de drogas

lícitas e ilícitas, violência, infecção por IST/HIV/aids, gravidez não planejada, aborto e prostituição (PNUD, 2014; FONSECA *et al.*, 2013; JUNIOR, 2007).

O uso de álcool e drogas é comum e frequente na adolescência, sendo a curiosidade uma das principais motivações para o início do consumo. Destaca-se que o uso dessas substâncias por familiares, principalmente os pais, influencia no despertar dos adolescentes. O ambiente em que estão inseridos é outro fator determinante, pois adolescentes em condições menos favorecidas tendem a consumir com mais frequência essas substâncias. Em paralelo a essa situação, alguns adolescentes entram precocemente no mercado de trabalho em condições de subemprego, exploração, longe das escolas e de uma vida digna, envolvidos com o crime organizado, prostituição, além de vivenciarem vários tipos de violência (BRASIL, 2014a; MALTA *et al.*, 2014; REIS, 2013; MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012; ZEITOUNE *et al.*, 2012).

A violência é um aspecto representativo, além de problemático, e no público adolescente, apresenta-se de formas específicas. Tem aumentado consideravelmente, onde cerca de 98% das lesões acontecem em países de média e baixa renda, caracterizando-se como uma das principais preocupações, tanto em nível mundial como nacional (WAISLFISZ, 2015).

Durante seu desenvolvimento, os adolescentes enfrentam diversos tipos de violência, sendo a violência física, doméstica e sexual as que mais se destacam. A violência doméstica é a mais comum, no entanto, suas ocorrências não são registradas, sendo, dessa forma, negligenciada, o que vitimiza cada vez mais os adolescentes. A violência sexual é uma violação dos direitos do indivíduo e pressupõe o abuso do poder, na qual tanto a criança como o adolescente são usados para satisfação sexual de adultos, sendo induzidos e forçados a práticas sexuais, tornando-os suscetíveis a infecção por IST/HIV/aids. Ressalta-se que, assim como a violência doméstica, a violação aos direitos dos adolescentes vai além do que se é registrado, além de ser uma questão complexa, que ocorre em vários contextos e cenários (WAISLFISZ, 2015; TUNER *et al.*, 2012; ALMEIDA, 2010).

A percepção de invulnerabilidade/imortalidade que os adolescentes possuem, de que nada acontece com eles, mesmo sabedores das consequências de uma prática sexual desprotegida, não os impede de se aventurarem. A taxa de detecção de HIV/aids dos últimos dez anos tem apresentado diferença entre sexo e faixa etária. Observa-se uma tendência de aumento entre os homens nas faixas etárias de 15 a 19, 20 a 24 e 25 a 29 anos. A faixa etária entre 15 a 19 anos foi a taxa que mais aumentou, duplicou neste período, com um crescimento

da infecção de HIV, evidenciando, um aumento da distribuição dos casos entre adolescentes (BRASIL, 2015b; THEOBALD *et al.*, 2012).

No que concerne à gravidez na adolescência, além de ser considerada problema de saúde pública, constitui-se em uma vulnerabilidade presente na vida das adolescentes, principalmente aquelas com baixas condições econômicas. Essa situação gera diversos sentimentos, desde a decepção e frustração relacionadas à interrupção de planos e projetos de vida até a aceitação. Dados epidemiológicos mostram um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a mulheres adultas, especialmente nos países mais pobres, como os da América Latina, onde mais de 30% das gestantes são adolescentes com menos de 19 anos de idade no momento do parto. Além do mais, aproximadamente 16 milhões de adolescentes engravidam anualmente, principalmente nos países considerados de média e baixa renda (MOTA, 2012; CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

Associada a uma gravidez não planejada, o aborto também é considerado como um problema de saúde pública. Em 2010, o número de internações por aborto espontâneo, aborto por razões médicas e outros tipos de gravidez que terminaram em aborto, a maioria foi na faixa etária de 10 a 19 anos. No geral, o aborto ocorre em 31% das mulheres de 15 a 49 anos. Não há dúvida da complexidade e da magnitude de um aborto realizado clandestinamente, causando diversos problemas, traumas, uma vez que se caracteriza como uma situação de grande conflito, que sempre deixa marcas físicas e emocionais, principalmente nas adolescentes que ainda estão em fase de desenvolvimento físico, emocional e psicológico (FARIA *et al.*, 2012; COSTA, 2012).

Nesse aspecto, os adolescentes necessitam desenvolver mecanismos que os tornem mais fortes diante das situações adversas a que estão expostos, tornando-os seres resilientes, capazes de responder positivamente a eventos estressores do cotidiano e das adversidades que enfrentam. Além do mais, a resiliência direciona o adolescente a uma resposta positiva em relação à superação de situações de risco e, conseqüentemente, proporciona uma adaptação e um fortalecimento pessoal, buscando compreender as transformações que ocorrem (JULIANO; YUNES, 2010).

O conceito de resiliência começou a ser estudado com maior interesse pela psiquiatria e pela psicologia do desenvolvimento, no final da década de 1970, em que se interessavam pela compreensão dos processos que permitem que determinadas pessoas passem por situações totalmente adversas de vida e consigam superá-las com relativa competência e se fundamenta na sociologia, na psicologia, na educação e na psiquiatria. Na

psicologia, implica na capacidade humana de superar as intempéries do cotidiano e ser fortalecido (LIBÓRIO; UNGAR, 2010; GROTBORG, 1995).

O sujeito que consegue superar as adversidades e encontra alternativas para conviver e aprender com elas é considerado um sujeito resiliente, não implicando necessariamente na eliminação das adversidades (CARVALHO; MORAIS; KOLLER, 2007).

Assim, a resiliência é entendida como uma negociação, adaptação ou controle de eventos estressores, na qual as qualidades, recursos individuais e o ambiente familiar favorecem a adaptação e o recomeço. A experiência da resiliência varia durante todo o percurso de vida, principalmente pelas características peculiares de cada fase de desenvolvimento dos eventos estressores, sendo o ser resiliente entendido como aquele que é capaz de vencer, viver, desenvolver-se de maneira positiva, sociavelmente aceitável, mesmo com as adversidades (POLLETI; DOBBIS, 2007; WINDLE, 2011).

A resiliência ainda pode ser entendida como a capacidade de uma pessoa recuperar-se de uma situação adversa, resistir à doença, adaptar-se ao estresse, ou prosperar face à adversidade, ou ainda como um processo contínuo de adaptação individual. É utilizada para investigar aspectos potencialmente saudáveis dos indivíduos em virtude da sua relação com processos que buscam a superação das adversidades. Consiste na adaptação diante dos traumas, tragédias, ameaças, fontes significativas de estresse que podem estar relacionadas a questões familiares, relacionamentos, doenças graves, problemas no local de trabalho e situações financeiras (VILELAS *et al.*, 2013; BARBOSA; VARELLA, 2011).

Dessa forma, a resiliência está ligada à recuperação das dificuldades, na qual os indivíduos deverão funcionar tão bem quanto antes e prosseguir de forma positiva. Os adolescentes que são resilientes enfrentam efetivamente os problemas ou se adaptam mais facilmente ao estresse e aos desafios da vida. Aprendem com a sua experiência, administram positivamente as situações estressantes, tornando-se seres cada vez mais fortes (BARANKIN, 2013).

A resiliência é um processo que considera o contexto em que o indivíduo está inserido e não somente como componente pessoal. Nesta perspectiva, não se pode medir resiliência, mas sim verificar, por meio de escalas, questionários e outros instrumentos, a tendência de um sujeito ser mais ou menos resiliente ou, ainda, verificar o seu potencial de resiliência (GODY *et al.*, 2010).

3.2 Situação de pobreza e prevenção às IST/HIV/aids na adolescência

A adolescência é um período cronológico e os limites do ser adolescente são de difícil definição. De acordo com as características biológicas, a adolescência inicia-se com o surgimento das características sexuais secundárias, entre 11 e 12 anos, tendo seu desfecho com o término do crescimento corporal, entre 18 e 20 anos, com o desenvolvimento maturacional e hormonal (HOCKENBERRY, 2011).

A OMS considera adolescente o indivíduo que compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos de idade, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos, sendo essa fase marcada por mudanças de grande impacto e inúmeros questionamentos (JESUS *et al.*, 2011; OMS, 1995; BRASIL, 2010).

Essa etapa da vida é marcada por profundas transformações, no âmbito biológico, psicológico, social e emocional. Essas transformações interferem diretamente na identidade do indivíduo, pois é um período de descobertas, experimentações, autonomia, despertando o desejo de se tornarem adultos. Tais transformações aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes quanto aos riscos e agravos à saúde, como práticas sexuais desprotegidas, ocasionando infecção por IST/HIV/aids (WONG, 2011; CARMO *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2010).

Nesse período, o adolescente fica exposto a diversas vulnerabilidades que, em suma, são agravadas em virtude da pobreza e da carência dos insumos necessários para o seu desenvolvimento. Na sua essência, a vulnerabilidade relaciona-se a situações em que o indivíduo é exposto, como características geográficas, grau de entendimento, fatores econômicos, políticos e culturais. É uma condição associada à relação do sujeito com o meio social em que está inserido e tem sua origem na relação ativa do sujeito com as condições objetivas do seu meio (BRÊTAS, 2010; FERREIRA *et al.*, 2012).

Os indivíduos em situação de pobreza ou de privações extremas constituem o grupo mais vulnerável, por não possuírem condições socioeconômicas adequadas, escolaridade, alimentação saudável, lazer, moradia, sendo expostas à violência, uso de álcool, drogas, exploração sexual, exploração de trabalho, prostituição, criminalidade, além das doenças características da pobreza como a diarreia, tuberculose, hanseníase, verminoses e desnutrição relacionada à má alimentação (PNUD, 2014).

Além do mais, as vulnerabilidades perpassam por todo o ciclo de vida, desde a infância até a velhice, culminando na adolescência e na fase adulta, influenciando negativamente na formação e desenvolvimento do indivíduo. Dessa forma, percebe-se o quão

os adolescentes são suscetíveis a situações de vulnerabilidades (FALCON; CARVALHO, 2011).

A pobreza, nesse sentido, está atrelada tanto à estrutura de classe quanto ao *status*, pois decorre de estruturas socioeconômicas da sociedade e estruturas simbólicas de diferenciação e valoração social, onde os pobres configuram coletividades ambivalentes, na medida em que sofrem marginalização econômica, privação material, dominação cultural, não reconhecimento, desrespeito, criminalização e outras tantas formas de injustiça, favorecendo, assim, agravos à sua saúde e desenvolvimento (FALCON; CARVALHO, 2011; FERREIRA, 2012).

Nesse aspecto, os adolescentes em situação de pobreza encontram-se expostos às diferentes formas de vulnerabilidade. Em sua essência, a pobreza representa uma situação de vulnerabilidade que potencializa outras, deixando os indivíduos mais fragilizados, aumentando, assim, riscos prejudiciais à sua saúde, principalmente no que se refere à infecção por IST/HIV/aids (SILVA, 2012; GUIMARÃES; NOVAIS, 2011; KUNZ *et al.*, 2011).

A incidência das IST/HIV/aids na adolescência tem aumentando consideravelmente, estando esse fato relacionado ao início cada vez mais precoce de práticas sexuais, permeadas pela desinformação e pelo não uso do preservativo, caracterizando-se como fonte de preocupação para os órgãos e serviços de saúde que trabalham com a questão da prevenção de IST/HIV/aids em adolescentes e jovens (LUNA, 2011; LUNA *et al.*, 2012).

A aids é uma doença emergente, grave, que vem se disseminando desde 1981, considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Desde o início da epidemia de aids no Brasil até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos. O perfil epidemiológico da aids, no Brasil e no mundo, mostra maior prevalência da doença entre os adolescentes e jovens, sendo maior a incidência das infecções pelo HIV/aids na faixa etária de 15 a 24 anos, de ambos os sexos (ARAÚJO *et al.*, 2007; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015b).

Estima-se que, ao fim de 2014, aproximadamente 781 mil indivíduos viviam com HIV/aids no Brasil, representando uma taxa de prevalência de HIV de 0,39%. Entre os jovens de 13 a 19 anos, observa-se uma tendência de aumento da participação do sexo masculino. Em 2014, existiam 60% a mais de homens que mulheres infectados, sendo a razão de sexos de 16 casos em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, 2015b).

No início da epidemia de aids, os principais acometidos eram homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemotransfundidos e prostitutas, e se utilizava o conceito de “grupo de risco” que posteriormente foi sendo substituído pelo termo “comportamento de

risco”. Houve mudança nesses grupos, onde as vítimas, em especial mulheres negras e pobres, que vivem em contextos sociais onde vários fatores potencializam suas vulnerabilidades às IST/HIV/aids, como, a violência baseada em gênero, a discriminação racial, a pobreza e a baixa escolaridade. Ou seja, percebe-se que a epidemia é resultante não apenas da ação patogênica de um agente viral específico e sim de outros determinantes (TAQUETTE, 2010).

Os adolescentes constituem uma população vulnerável à infecção por IST/HIV/aids, tanto nos países subdesenvolvidos como nos países desenvolvidos. Esta situação pode ser percebida por fatores biológicos, psíquicos, sociais e econômicos, os quais influenciam na vulnerabilidade dos adolescentes às IST/HIV/aids, sendo maior suscetibilidade entre os jovens e adolescentes com baixos níveis de instrução e socioeconômico. Além do mais, o contexto em que vivem os adolescentes pode ampliar suas vulnerabilidades às IST/HIV/aids devido à intersecção de vários fatores, entre eles a pobreza, a discriminação racial e a violência de gênero (CHAVES *et al.*, 2014; TAQUETTE, 2010).

As adolescentes mais pobres, frequentemente, são vítimas de violência sexual, tornando-se mais suscetíveis a infecção por IST/HIV/aids, além do pouco poder de negociação com os parceiros quanto a práticas sexuais seguras, além do mais, as adolescentes mais jovens são mais vitimadas do que as adolescentes mais velhas, em virtude da pouca idade, o que caracteriza mais um fator de vulnerabilidade (TAQUETTE, 2009).

Um aspecto importante e que pode propiciar a infecção por IST/HIV/aids é a precariedade do serviço de saúde ao adolescente, pois, em diversas vezes, ocorre a falta de diálogo, além da dificuldade no acesso ao planejamento familiar (SAMPAIO, 2010).

Além do mais, os adolescentes caracterizam-se como uma população significativa, seja pelo número de indivíduos, seja pelo momento que estão vivendo, possuem uma vulnerabilidade inerente à própria adolescência, sendo assim, necessária a criação de políticas públicas voltadas para promoção da saúde, uma vez que a adolescência é uma etapa da vida que sofre grande influência das vulnerabilidades, dentre as quais as IST/HIV/aids se destaca em relação às outras. Nesse aspecto, percebe-se o quão é importante a prevenção às IST/HIV/aids (UNICEF, 2011b).

No Brasil, as diretrizes dos direitos à saúde sexual e reprodutiva são importantes para a elaboração de ações de promoção da saúde, principalmente para o público adolescente. Para tanto, o Ministério da Saúde propõe o desenvolvimento de atividades educativas, abordando temas como sexualidade e gênero, que proporcionem uma maior eficácia nas ações de prevenção das IST/HIV/aids. A Política Nacional de Prevenção às IST/HIV/aids foi elaborada a partir da avaliação das peculiaridades da epidemia da aids entre os segmentos

populacionais delimitados por meio de suas características de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2006).

Para promover a saúde dos adolescentes são necessárias formas mais decisivas para incentivar a participação deste grupo que é repleto de particularidades. No âmbito nacional, alguns programas foram implementados, como o Programa da Saúde do Adolescente (PROSAD), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PSPE), Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, e Programa Saúde na Escola (PSE) (SANTOS *et al.*, 2012; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Assim, percebe-se que a saúde do adolescente vem ganhando cada vez mais espaço e preocupação no cenário nacional. Desde o início da criação de projetos/programas que abordam a saúde do adolescente, a temática IST/HIV/aids esteve presente de forma direta ou indireta, o que, de qualquer modo, mostra que esse tema preocupa e chama a atenção dos gestores, o que é significativo para essa população (SCOPACASA, 2013).

3.3 Instrumentos utilizados para mensuração da resiliência

O desenvolvimento histórico do conceito de resiliência é dividido em duas gerações de pesquisadores. A primeira, nos anos de 1970, que se preocupou em identificar os fatores de risco e de resiliência que exercem influência no desenvolvimento de crianças que se adaptam positivamente, apesar de viverem em condições de adversidade. Essa geração utilizou o modelo triádico de resiliência, que organiza os fatores resilientes e de risco em três grupos: os atributos individuais, os aspectos da família e as características dos ambientes sociais a que as pessoas pertencem (INFANTE, 2005).

A segunda geração de pesquisadores, nos anos de 1990, agrega o estudo da dinâmica entre os fatores individuais, familiares e sociais que estão na base da adaptação resiliente. Portanto, o construto resiliência passa a ser entendido enquanto processo. Os pioneiros na noção de dinâmica de resiliência são Rutter (1993) e Grotberg (2005), enquanto Luthar; Cushing (1999), Masten (2001) e Kaplan (1999) são considerados autores mais recentes dessa segunda geração.

Para a geração mais atual de estudiosos, resiliência é tida como um processo dinâmico em que as influências do ambiente e do indivíduo interatuam em uma relação recíproca e que, apesar da adversidade, permitem a pessoa se adaptar. Assim, distinguem-se três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: o primeiro é

a noção de diversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; o segundo é a adaptação positiva ou superação da adversidade; e o terceiro diz respeito ao processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam no desenvolvimento humano (LIBÓRIO; UNGAR, 2010; INFANTE, 2005).

A resiliência é frequentemente citada como um dos processos que explicam a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações, ou ainda, como a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade (CASTILHO; DIAS, 2011; GROTBORG, 2005; RUTTER, 1993).

Um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento da resiliência reside nas crenças de autoeficácia. A percepção de autoeficácia, baseada no conhecimento da própria capacidade de enfrentar e superar dificuldades representa um preditor da resiliência, pois é possível promover a resiliência por meio da modificação de crenças de autoeficácia (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Em suma, apesar da diversidade conceitual que ainda é encontrada nos estudos da área, é adequado afirmar que resiliência se refere a um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade. A capacidade de manter o bom funcionamento após a exposição ao estresse não constitui uma exceção ao contrário do que se possa pensar, é mais comum às pessoas se manterem saudáveis depois de passarem por situações difíceis, do que se desestruturarem. Considera-se que estudar a resiliência é importante para alcançar uma compreensão global das respostas humanas ao estresse e às adversidades (BONANNO, 2004).

No Brasil, os estudos sobre a resiliência são recentes, uma vez que os primeiros estudos publicados nessa área podem ser encontrados somente a partir do final da década de 90, destacando-se os desenvolvidos por pesquisadores do sul do país, principalmente com a temática focada em crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial e perfil do executivo (LIBÓRIO; UNGAR, 2010).

Os estudos brasileiros têm demonstrado ligeira preferência pelo método qualitativo de investigação. No entanto, diversos métodos que foram utilizados para compreender a resiliência psicológica se mostraram úteis para compreender as estruturas psicológicas que estão conectadas aos seus resultados cognitivos e fisiológicos. Embora os estudos quantitativos mostrem resultados significativos, não há consenso sobre a melhor maneira de mensurar ou avaliar aspectos relacionados à resiliência, uma vez que a área ainda possui divergências conceituais que reflete nas medidas existentes (PALUDO; KOLLER 2006).

Dessa forma, o interesse pelo conceito de resiliência evidencia a necessidade do desenvolvimento de medidas apropriadas desse construto. Nesse sentido, para que se compreenda a amplitude dos estudos sobre resiliência e se consolidem os achados sobre o tema, torna-se importante a utilização de instrumentos de medida válidos e fidedignos, de rápida aplicação e interpretação (TAMS, 2008).

Dentre os principais instrumentos para se mensurar resiliência, tem-se o *Baruth Protective Factors Inventory* (BPFI) (BARUTH; CARROLL, 2002), composto por 16 itens que avalia os fatores relacionados à personalidade adaptativa, meio suportivo e experiências compensatórias. A *Brief-Resilient Coping Scale* (BRCS) (SINCLAIR; WALLSTON, 2004) e a *Adolescent Resilience Scale* (ARS) (OSHIO *et al.*, 2003), que são instrumentos unifatoriais composto por quatro itens.

A *Connor – Davidson Resilience Scale – CD-RISC* (CONNOR; DAVIDSON, 2003) composta por 25, avalia os fatores relacionados à competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva de mudanças, controle e espiritualidade, enquanto que a *Resilience Scale for Adults* (RSA) composta por 37 itens avalia a competência pessoal, social, coerência familiar, suporte social e estrutura pessoal (FRIBORG *et al.*, 2003).

A *Resilience Scale* (RS) é composta por 25 itens e avalia a competência e aceitação de si mesmo e da vida (WAGNILD; YOUNG, 1993), e a *Resilience Factors Scale* (FSR), composta por 27 itens, avalia a determinação e habilidade na resolução de problemas, suporte pessoal, outros suportes, pensamento positivo, assertividade, equilíbrio do *self* e habilidades sociais (TAKVIRIYANUN, 2008).

A *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (HKRAM) integra 17 fatores de proteção (*external assets*) e seis traços de resiliência (*internal assets*), os quais se relacionam com o desenvolvimento saudável dos adolescentes para além do grupo *Response-Set-Breakers* (diversos fatores que estão relacionados com a resiliência). É composta por 58 itens, e encontra-se organizada em questionários sob a forma de subescalas tipo *likert* de quatro pontos. Na primeira subescala, os adolescentes podem optar entre discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente, enquanto nas seguintes subescalas as opções variam entre totalmente falso, um pouco certo, bastante certo e muito certo (MARTINS, 2005).

A *Family Resilience Assessment Scale* (FRAS) é composta de 54 itens e tem como objetivo avaliar a capacidade que a família apresenta para ultrapassar as adversidades. Mensura a resiliência da família em seis fatores: comunicação familiar e resolução de

problemas, utilização dos recursos sociais e econômicos e manutenção de perspectiva (SIXBEY, 2005).

A Escala de Pilares da Resiliência (EPR) é composta por 11 fatores/áreas identificados em 90 itens. Os fatores/áreas avaliados nessa escala são: encarar mudanças e dificuldades como oportunidades, autoconfiança, autoeficácia, bom humor, controle emocional, empatia, independência, otimismo, reflexão, sociabilidade e valores positivo (CARDOSO; MARTINS, 2013).

Ressalta-se, que dentre esses instrumentos, os que foram validados e adaptados no Brasil foram a *Resilience Scale* desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e validada e adaptada por Pesce e colaboradores (2005); a *Connor-Davidson Resilience Scale* por Connor; Davidson (2003) e a Escala de Pilares da Resiliência de Cardoso e Martins (2013).

A *Resilience Scale* foi adaptada e validada com uma amostra de adolescentes de 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e de 1ª e 2ª séries do ensino médio. A escala original é um inventário com 25 itens em escala *Likert* de sete pontos (variando entre discordo totalmente e concordo totalmente), que mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Nessa medida, a estrutura fatorial da resiliência é composta por dois fatores: competência e aceitação de si mesmo e da vida. O estudo identificou três fatores pouco diferenciados entre si, pois encontraram itens que pertenciam a mais de um fator e houve dificuldade para discriminá-los semanticamente, diferentemente da escala original. Os três fatores obtidos não distinguiram nitidamente competência pessoal e aceitação de si e da vida, o que fez com que os autores decidissem por distingui-los segundo outras categorias teóricas. Assim, designaram os seguintes fatores: resolução de ações e valores; independência e determinação; autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (PESCE *et al.*, 2005).

A *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), de Connor; Davidson (2003) foi adaptada e validada com 463 pessoas oriundas de diferentes camadas da população. Concentra as características fundamentais da resiliência. Os itens que compõem a CD-RISC-10 avaliam a percepção dos indivíduos da sua capacidade de adaptação à mudança, de superar obstáculos, de se recuperarem após doenças, lesões ou outras dificuldades, entre outros. O instrumento é autoaplicável e os participantes registram suas respostas em uma escala de 0 (nunca é verdade) a 4 (sempre é verdade). Os resultados são apurados somando-se a pontuação dos participantes em cada item e podem variar entre zero e quarenta pontos, em que pontuações elevadas indicam alta resiliência (DAVIDSON, 2003).

A Escala de Pilares da Resiliência de Cardoso e Martins (2013) foi adaptada e validada com 833 indivíduos oriundos de São Paulo e Santa Catarina. É composta por 11

fatores que são identificados em 90 itens. As 11 áreas investigadas na escala são: autoeficácia, controle emocional, autoconfiança, orientação positiva para o futuro, valores positivo, empatia, reflexão, sociabilidade, aceitação positiva para a mudança, independência e bom humor.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, de abordagem quantitativa. O estudo transversal tem por características apresentar as medições em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. São úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, também podem examinar associações entre variáveis preditoras e de desfecho. Contudo, elas são definidas apenas com bases nas hipóteses de causa-efeito do investigador, e não do delineamento do estudo (HULLEY *et al.*, 2015).

Esse tipo de estudo geralmente fornece informações importantes como a prevalência de um desfecho, isto é, à proporção que tem uma condição clínica em determinado momento. Um ponto forte dos estudos transversais é que não é necessário esperar pela ocorrência do desfecho, fazendo com que esses estudos sejam rápidos, de baixo custo e evita o problema de perdas no seguimento (HULLEY *et al.*, 2015).

Enquanto que a pesquisa quantitativa aborda a quantificação do tratamento e da coleta de dados, o que será realizado por meio de análise estatística. É uma abordagem que está relacionada ao fato de serem obtidas informações numéricas para tratamentos estatísticos. Dessa forma, percebe-se que este tipo de abordagem tem o intuito de garantir maior precisão dos resultados, desvencilhando-se de eventual caráter subjetivo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e Período do estudo

O estudo foi realizado nos meses de agosto a outubro de 2016, na Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental (EMEIEF) Santos Dumont, localizada no Bairro Grande Bom Jardim (GBJ) (ANEXO A) pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde V (CRS V) na cidade de Fortaleza-CE. Os critérios para a escolha da Regional foram baseados no Índice de Desenvolvimento Humano dos bairros da capital cearense (IDH-B), sendo a Regional V a que concentra o maior número de bairros em situação de pobreza (IPLANFOR, 2015).

O GBJ é uma das regiões mais populosas de Fortaleza, localizado a sudoeste da capital. É considerado como um dos bairros com pior situação de IDH-Renda e um dos mais pobres da capital cearense. É constituído dos bairros Canidezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira. Possui 37.758 habitantes, o que equivale a 8,11% da população de

Fortaleza, com uma renda média de R\$ 349,75, ocupando a 15ª posição no *ranking* da população extremamente pobre da capital cearense (IPLANFOR, 2015; IBGE, 2010).

Além do mais, é caracterizado por uma infraestrutura precária e por uma grande demanda de serviços que propicie melhores condições de vida à população que se encontra em situação de risco e vulnerabilidade social. No mapa da extrema pobreza, produzido pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e, a partir dos dados do censo do IBGE de 2010, quatro dos cinco bairros que compõem o GBJ estão entre os dez de Fortaleza com o maior percentual de pessoas em extrema pobreza (IPECE, 2015; IBGE, 2010; RIBEIRO, 2008).

De acordo com o relatório da pesquisa “Cartografia da criminalidade e da violência” na cidade de Fortaleza, realizada por pesquisadores do Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética (LABVIDA), Laboratório de Estudos da Conflitualidade e Violência (COVIO), Laboratório de Estudos da Violência (LEV), com o apoio da Guarda Municipal e Defesa Civil de Fortaleza (GMF), da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), do Ministério da Justiça (MJ) e da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), o GBJ apresenta o maior número de mortes violentas, sendo o primeiro no *ranking*, além de roubos, furtos e lesões corporais, que são práticas comuns no bairro (BRASIL *et al.*, 2010).

Além do mais, essa área é conhecida por expressões pejorativas, tanto pela distância ao centro da cidade, pela infraestrutura precária, mas, principalmente, pela violência local, alarmada pela mídia todos os dias como a grande marca do GBJ (RIBEIRO, 2015).

Dessa forma a escolha da referida escola foi por conveniência. Ressalta-se que a Regional V não dispõe de escolas municipais de ensino médio, sendo essa a justificativa de realizarmos a pesquisa em uma escola de ensino fundamental. Destaca-se ainda que a Regional V é composta por 274 escolas, sendo 74 da rede municipal, 38 da rede estadual, 162 privadas.

4.3 Seleção dos participantes

A população foi composta por adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 11 a 17 anos, devidamente matriculados nos 6º e 7º anos do ensino fundamental e em situação de pobreza. Essa faixa etária é compreendida pelas subfases do período da adolescência: adolescência inicial (dos 11 a 14 anos) e adolescência média (15 a 17 anos), em que o indivíduo apresenta-se preocupado com as transformações, esforçando-se progressivamente pela independência dos pais e comportamentos infantis (HOCKENBERRY; WIULSON,

2011; SANTROCK, 2014). Além disso, considerou-se o mínimo de escolarização necessária para responder aos questionários e a escala, e também pela faixa etária preconizada pela WHO, que é de 13 a 15 anos (IBGE, 2013).

Ressalta-se que na cidade de Fortaleza há 432.658 adolescentes compreendidos nessa faixa etária, sendo 214.711 do sexo masculino e 217.947 do sexo feminino. A população potencial do ensino fundamental em Fortaleza de acordo com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC), com duração de nove anos, dividido em dois segmentos é de 338.398 crianças e adolescentes (FORTALEZA, 2014; IBGE, 2010).

Considerou-se adolescentes em situação de pobreza, aqueles cujas famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família, pertencente ao Governo Federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza (renda de R\$170,00 por pessoa) ou de extrema pobreza (renda de até R\$85,00 por pessoa), com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza (BRASIL, 2015). Salienta-se que todas as crianças e adolescentes da referida escola são beneficiárias do programa.

A amostragem utilizada foi intencional, pois se emprega esse método quando a população é selecionada intencionalmente pelo investigador, porque este considera que os elementos possuem características típicas ou representativas da população (POLIT; BECK, 2011).

O convite para participarem do estudo foi realizado presencialmente com o auxílio da diretora e das coordenadoras da escola. Para tanto, foi explicado os objetivos do estudo aos adolescentes e solicitado à autorização dos pais por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e posteriormente o Termo de Assentimento - TA dos adolescentes (APÊNDICE B).

Na escola, dos 686 estudantes elegíveis, 287 participaram da amostra final. A principal razão para a não participação do estudo foi a não devolução do TCLE durante o período de coleta de dados. Responderam aos questionários e a escala 297 estudantes, no entanto, com o preenchimento inadequado, 3,4% (n=10) foram excluídos, sendo inclusos 287 adolescentes.

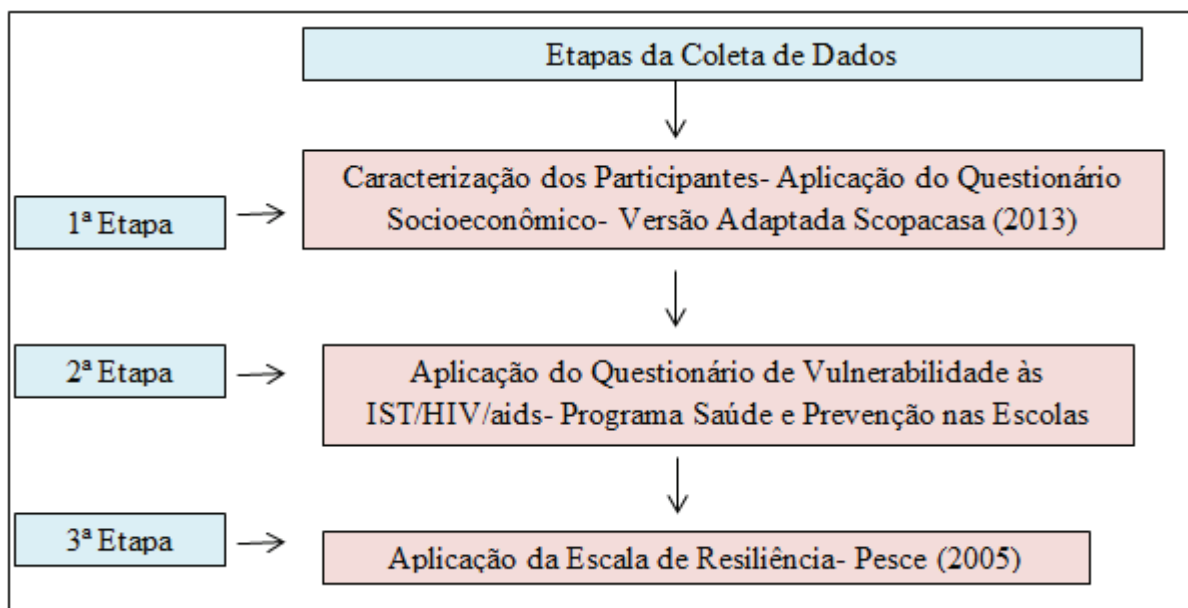
4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em sala de aula disponibilizada pela diretora da instituição com a finalidade de preservar o anonimato dos adolescentes, deixando-os

confortáveis para responder aos instrumentos e possíveis questionamentos durante a coleta de dados. A duração média para a resolução do questionário e da escala variou entre 40 a 50 minutos por cada adolescente.

A coleta ocorreu em três etapas: a primeira etapa foi a aplicação do questionário socioeconômico (Versão Adaptada); a segunda etapa, a aplicação do questionário para avaliar a vulnerabilidade às IST/HIV/aids; e a terceira etapa, a aplicação da Escala de Resiliência (PESCE *et al.*, 2005), como descrito na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da distribuição das etapas do estudo.



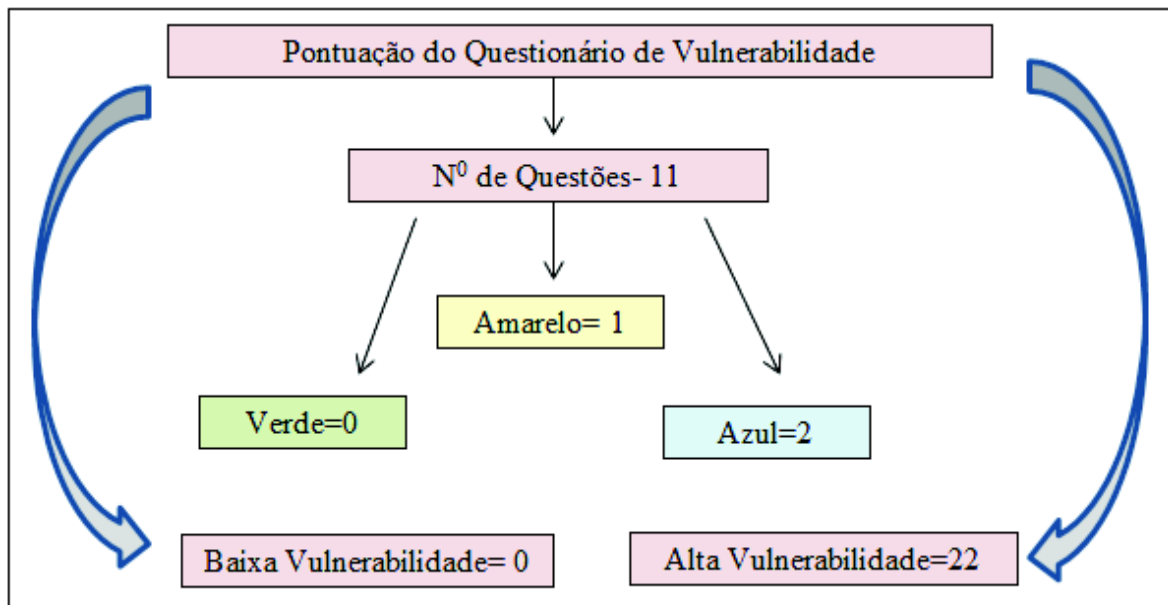
Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

A 1ª etapa corresponde à caracterização dos participantes realizada com a aplicação do questionário socioeconômico autoaplicável, adaptado de Scopacasa (2013), contendo 10 questões, no entanto, para o presente estudo foram acrescentadas 05 questões, totalizando assim 15 questões para a caracterização dos participantes e identificação da situação de pobreza dos adolescentes. As questões eram objetivas e relacionadas aos fatores biológicos (idade, sexo) e sociais (série, religião, raça/etnia, estado civil, moradia, escolaridade dos pais, profissão dos pais, renda familiar) dos adolescentes (ANEXO B).

Na 2ª etapa, foi aplicado o questionário para avaliar a vulnerabilidade às IST/HIV/aids (ANEXO C). Esse questionário é autoaplicável faz parte do projeto mobilização dos adolescentes do ensino médio para prevenção da infecção pelo HIV/aids do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas composto por 11 questões de múltiplas escolhas e com as respostas divididas em cores.

Para este estudo, foram atribuídas as cores pontuações, sendo 0 para respostas verdes, pontuação 1 para respostas amarelas e pontuação 2 para respostas azuis, facilitando assim a quantificação das respostas. A soma das respostas apresentam valores entre 0 e 22, em que 0 indica baixa vulnerabilidade e 22 indica alta vulnerabilidade às IST/HIV/aids, conforme descrito na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma da distribuição dos pontos do questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids, em adolescentes em situação de pobreza.



Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

A 3ª etapa corresponde à aplicação da *Escala de Resiliência de Wagnild; Young* (1993), traduzida e adaptada por Pesce e colaboradores (2005) para a população brasileira (ANEXO D). Essa escala é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Tem como finalidade identificar o grau de resiliência individual (competência pessoal, aceitação de si mesmo e aceitação da vida), características de personalidade positiva que aumentam a adaptação individual, aplicada a todas as idades, exceto crianças.

O potencial de resiliência foi desenvolvido através de uma escala psicológica que avaliam a habilidade na redução de ações; os valores que dão a sentido à vida; capacidade de independência; determinação, autoconfiança e adaptação a situações (ASSIS *et al.*, 2006).

Esta escala tem sido aplicada em populações de várias idades e características, desde adolescentes, toxicodependência, aos sem-abrigo permitindo reafirmar as propriedades métricas, estatísticas e diversidade da investigação, sendo um útil instrumento para a investigação da resiliência (PESCE *et al.*, 2005; VARA; SANI, 2006; LIMA, 2007; WELLS, 2010; CASTILHO; DIAS, 2009). No cenário brasileiro, foi utilizada tanto no público adolescente (GODOY *et al.*, 2010), como no público idoso (ANGST *et al.*, 2009).

4.5 Descrição e análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 *for windows*. Os dados foram apresentados em tabelas, com frequências absolutas e percentuais, por meio da estatística descritiva. Calculou-se a medida estatística (média) e desvio padrão das variáveis: sexo, série, faixa etária, cor/etnia, religião, estado civil, moradia, número de residentes, escolaridade dos pais, profissão dos pais, renda familiar, vulnerabilidades às IST/HIV/aids e a resiliência dos adolescentes em situação de pobreza.

Para se avaliar a associação entre os fatores biológicos e sociais dos adolescentes com o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a Escala de Resiliência, utilizou-se a estatística analítica por meio dos testes de *Mann-Whitney* ou de *Kruskal-Wallis*. A associação entre o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a Escala de Resiliência foi realizada através do coeficiente de correlação *de Spearman*, considerando como estatisticamente significativa as análises com $p < 0,05$.

4.6 Aspectos éticos e legais

Este estudo seguiu os princípios éticos que envolvem seres humanos em conformidade com a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, que se baseia em quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Esses princípios têm como objetivo assegurar direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa e dos pesquisadores do estudo, além de garantir ao sujeito o direito de escolher participar ou não do estudo (BRASIL, 2013).

Para a realização da pesquisa foi solicitado às autoridades escolares a permissão para realizar a pesquisa. Além disso, foi entregue o TCLE, para devida autorização dos pais

e/ou responsável legal do adolescente para permitir a participação legal no estudo, com o esclarecimento do objetivo, dos riscos e vantagens. Para os adolescentes foi solicitado o TA, para que então participasse da pesquisa.

A privacidade e o anonimato dos adolescentes foram preservados. O princípio da beneficência foi respeitado, no momento em que foram observadas possibilidades e propostas apresentadas pelos participantes, garantindo retorno aos sujeitos estudados e sua coletividade.

Quanto ao princípio da não maleficência, este foi contemplado por não apresentar desconforto aos sujeitos, constrangimentos e exposição a situações que atinjam sua integralidade.

O princípio da justiça foi contemplado, pois todos os participantes foram submetidos aos mesmos procedimentos, estando igualmente beneficiados dos resultados, sem discriminação ou indução de resultados obtidos. O princípio da autonomia foi respeitado ao tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando independência, livre escolha, o que foi respeitado e estimulado pela investigadora.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob o: nº: 1.615.672 e CAAE: 57267916.1.0000.5054.

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

Para a caracterização da amostra recorreu-se à estatística descritiva nomeadamente a distribuição de frequências das variáveis e medidas de tendência central. Na amostra de 287 adolescentes, 66,6 % (n=191) eram do sexo masculino e 33,4% (n=96) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi a adolescência média com 55,1% (n=158), correspondendo as idades entre 15 e 16 anos e 23,3% (n=67) as idades entre 13 e 14 anos. Quanto à cor/etnia 41,5% (n=119), consideram-se pardos e 27,9% (n= 80) brancos.

Tabela 1 – Características dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	191	66,6
Feminino	96	33,4
Faixa Etária		
11 ou 12 anos	57	19,9
13 ou 14 anos	67	23,3
15 ou 16 anos	158	55,1
17 ou 18 anos	5	1,7
Série		
6 ^o Ano	109	38
7 ^o Ano	178	62
Cor/Etnia		
Branca	80	27,9
Parda	119	41,5
Negra	82	28,5
Amarela	4	1,4
Indígena	2	0,7

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Em relação aos dados sociais, 62% (n=178) cursavam o 7º ano e 38% (n=109) o 6º ano, evidenciando assim uma prevalência de adolescentes do 7º ano. Quanto à religião, 54,4% (n=156) são católicos, 37,6% (n=105) evangélicos e 5,6% (n=16) afirmaram não possuir religião. Relacionado ao estado civil, 61% (n=175) estavam solteiros, 36,6% (n=105) namorando e 1,7% (n=5) em outro tipo de relacionamento.

Identificou-se que 55,45% (n= 159) residem em casa alugada e 44,6% (n= 128) em casa própria, em que 33,8% (n= 97) residem com quatro pessoas, 23,7% (n= 68) com três e 16,7% (n=48) com seis ou mais pessoas.

Tabela 2 – Características sociais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variável	n	%
Religião		
Católica	156	54,4
Evangélica	108	37,6
Sem religião	16	5,6
Outra religião	7	2,4
Estado civil		
Solteiro	175	61
Casado	2	0,7
Namorando	105	36,6
Outro tipo de relacionamento	5	1,7
Moradia		
Casa própria	128	44,6
Casa alugada	159	55,4
Nº de residentes na casa		
Duas pessoas	35	12,2
Três pessoas	68	23,7
Quatro pessoas	97	33,8
Cinco pessoas	34	11,9
Seis ou mais pessoas	48	16,7
Não souberam informar	5	1,7

Fonte: Elaborada pela própria autora (2017).

Houve semelhança na escolaridade dos pais (10,1%; n= 29) e das mães (10,8%; n= 31), quando classificados nas categorias ensino médio completo e ensino superior (pai:

2,8%; n= 8; mãe: 2,4%; n=7) e na categoria sem estudo não houve diferença entre pais e mães (0,7%; n=2).

Quanto à profissão dos pais o percentual dos que não trabalham foi semelhante entre pais (3,1%; n=9) e mães (3,5%; n=10). Destacaram-se como as principais profissões dos pais, a construção civil (32,8%; n=94) comércio (23,7%; n= 68) e trabalhos informais (12,9%; n=37). Apenas 1,4% (n=4) não souberam informar e 1,0% (n=3) não quiseram informar a profissão dos pais.

Da profissão das mães, 41,5% (n=119) trabalham em casa, 28,6% (n=82) são trabalhadoras domésticas e 10,8% (n=31) em trabalhos formais. Apenas 2,4% (n=7) não souberam informar e 0,3% (n=1) não quis informar a profissão da mãe.

Quanto à renda familiar, 40,8% (n=117) vivem com um a dois salários mínimos, 30,3% (n=87) vivem com menos de um salário mínimo e 22,6% (n=65) não souberam ou não quiseram informar a renda familiar, evidenciando assim uma prevalência de renda entre um a dois salários mínimos.

Tabela 3 – Características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variável	n	%
Escolaridade do Pai		
Fundamental Completo	35	12,2
Fundamental Incompleto	139	48,4
Médio Completo	29	10,1
Médio Incompleto	4	1,4
Superior Completo	8	2,8
Sem Estudo	2	0,7
Sem Informação	70	24,4
Escolaridade da Mãe		
Fundamental Completo	46	16,0
Fundamental Incompleto	130	45,3
Médio Completo	31	10,8
Médio Incompleto	6	2,1
Superior Completo	7	2,4
Sem Estudo	2	0,7
Sem Informação	65	22,7
Trabalho do Pai		

Construção civil	94	32,8
Comércio	68	23,7
Trabalhos informais	37	12,9
Outro tipo de relacionamento	29	10,1
Indústria	16	5,6
Funcionário público	14	4,9
Não trabalha	9	3,1
Trabalhador doméstico	5	1,7
Agricultura	5	1,7
Não sabe informar	4	1,4
Trabalha em casa	3	1,1
Sem informação	3	1,1
Trabalho da Mãe		
Trabalha em casa	119	41,5
Trabalhador doméstico	82	28,6
Trabalhos informais	31	10,8
Outro tipo de Trabalho	14	4,9
Não trabalha	10	3,5
Comércio	9	3,1
Funcionário público	8	2,8
Não sabe informar	7	2,5
Construção civil	4	1,4
Agricultura	1	0,3
Indústria	1	0,3
Sem informação	1	0,3
Renda		
< 1SM*	87	30,3
1 - 2 SM	117	40,8
2 - 3 SM	13	4,5
>3 SM	5	1,7
Sem informação	65	22,6

*Salário mínimo de R\$ 880,00 de acordo com o Decreto nº 8.618, vigência de 2016. Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.2 Vulnerabilidades às IST/HIV/aids dos adolescentes em situação de pobreza

Na tabela 4, observou-se uma predominância de adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais (40,8%; n=117). Dos que já tiveram relação sexual, 38,3% (n=110), não usaram preservativo em pelo menos uma das relações e apenas 10,5% (n=30) usaram preservativo em todas as relações. Quando questionados acerca de uma relação sexual casual, 54,7% (n=157) nunca passaram por essa situação e 33,1 % (n=95) transaram sem preservativo.

Tabela 4 – Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada ao início da relação sexual no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Características	n	%
Q1 Em meus relacionamentos...		
0 Já tive relação sexual e usei camisinha, todas as vezes que eu transei	30	10,5
0 Nunca tive relação sexual	117	40,8
1 Já tive pelo menos uma relação sexual sem usar camisinha	110	38,3
0 Transo quando tenho alguém, mas nunca uso camisinha	48	16,7
Q2 Recentemente conheci alguém interessante e deu uma vontade de transar...		
0 Transamos usando uma camisinha que a gente tinha à mão	10	3,5
0 Quase transamos sem camisinha, mas desistimos	26	9,1
1 Acabamos transando sem camisinha	95	33,1
0 Não passei por essa situação	157	54,7

* 0 é representado pela cor verde, 1 é representado pela cor amarela e 2 é representado pela cor azul.
Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Em relação ao uso do preservativo, 84% (n= 241) consideram que é bom para evitar filhos, HIV e IST's, 32,1% (n=92) consideram fácil o manuseio, 16,4% (n=47) afirmam que pode ser usado com prazer, enquanto o mesmo quantitativo (n=47; 16,4%) consideram que não precisa ser utilizado com a pessoa que se ama e confia e apenas 8% (n=23) consideram que o uso do preservativo diminui o prazer.

Quanto ao rompimento do preservativo houve uma prevalência (52,3%; n=150) de adolescentes que nunca vivenciaram essa situação. Quando questionados em relação à gravidez e à realização do teste de HIV, 82,6% (n=237) nunca vivenciaram essa situação, 11,1% (n=32) fazem uso de anticoncepcional, 3,1% (n=9) usaram preservativo em todas as

relações sexuais, 3,5% (n=10), engravidaram e não realizaram o teste de HIV e apenas 0,3% (n=1) engravidou e realizou o teste.

Tabela 5 – Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada ao uso do preservativo e a gravidez no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Características	n	%
Q3 Acho que a camisinha...		
0 É fácil de colocar	92	32,1
0 Pode ser usado com prazer	47	16,4
1 Não pode ser usada com a pessoa que a gente ama e confia	47	1,4
1 Não da pra usar pois diminui o prazer	23	8
2 É bom pra evitar filhos, HIV e doença sexualmente transmissível	241	84
Q4 Durante a relação sexual, a camisinha rompeu-se e...		
2 Não deu para parar e continuamos a transa mesmo assim	93	32,4
1 Substituímos a camisinha rompida por uma nova e continuamos	35	12,2
1 Nós lavamos os órgão genitais, pegamos uma camisinha nova e continuamos	6	2,1
1 Estragou tudo e a gente foi embora sem lavar nem fazer mais nada	12	4,2
0 Essa situação nunca aconteceu comigo	150	52,3
Q5 A gravidez só acontece quando a gente não faz seguro...já passei por isso?		
0 Nunca fiquei grávida ou engravidei alguém, porque usei camisinha em todas as relações	9	3,1
1 Nunca fiquei grávida ou engravidei alguém, pois faço uso de anticoncepcional	32	11,1
2 Já engravidei ou fiquei grávida, mas nunca fizemos o teste de HIV	10	3,5
1 Já engravidei ou fiquei grávida, e fizemos o teste de HIV	1	0,3
0 Nunca vivi nenhuma dessas situações	237	82,6

* 0 é representado pela cor verde, 1 é representado pela cor amarela e 2 é representado pela cor azul.
Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Observou-se que relacionada à exposição às IST/HIV/aids, 47,7% (n=137) nunca vivenciaram esse tipo de situação, no entanto 44,9% (n=129) se relacionaram com pessoas diferentes, porém não usaram preservativo em todas as relações sexuais e 8,4% (n=24)

mantém relações com o companheiro e não usam preservativo pois estabeleceram pacto de fidelidade. Quanto ao uso de drogas 13,9% (n=40) já usaram algum tipo de droga, e afirmaram manter o controle da situação.

Tabela 6 – Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada à exposição às IST/HIV/aids no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Características	n	%
Q6 Já tive relações que podem ter aumentado minha exposição ao HIV		
2 Tive relações sexuais com pessoas diferentes. Com algumas usei camisinha, outras não	129	44,9
2 Só transei com namorado (a) e não usamos camisinha porque fizemos um pacto de fidelidade	24	8,4
0 Nunca vivi nenhuma dessas situações	137	47,7
Q7 As drogas (álcool, maconha, cocaína e outras), podem ter aumentado a exposição ao HIV?		
1 Costumo beber com meus amigos. Uma vez quase transei sem camisinha	26	9,11
0 Nunca usei droga de nenhum tipo	23	8
2 Uma vez estava meio alterado e acabei transando sem camisinha	20	7
1 Já usei algumas drogas, mas não perdi o controle	40	13,9
2 Já usei droga injetável, utilizando a mesma seringa das outras pessoas	1	0,3
1 Já usei droga injetável com agulha e seringa descartável, e ninguém mais usou	1	0,3
0 Nunca vivi nenhuma dessas situações	195	67,9

* 0 é representado pela cor verde, 1 é representado pela cor amarela e 2 é representado pela cor azul.
Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Os adolescentes ao serem questionados quanto à busca aos serviços de saúde para prevenir ou tratar alguma IST/HIV/aids, 78% (n=225) não procuraram os serviços de saúde por questões relacionadas à saúde sexual, e 8,7% (n=25) não conseguiram atendimento quando precisaram.

Quanto à realização do teste de HIV, 52,6% (n=151) fariam o teste para descobrir, prevenir e tratar, 13,6% (n= 39) por curiosidade, e 38% (n=109) não fariam o teste. Em relação ao diálogo sobre sexualidade e prevenção, 52,3% (n=150) não tem nenhum adulto com quem possam dialogar, 32,8% (n=94) possuem adultos em quem confiam e 20,9% (n=60) conversam com pessoas da mesma idade.

Observou-se que em relação às facilidades ou dificuldades para conseguir o preservativo, 30,3% (n=87) compram na farmácia ou no supermercado, 18,5% (n=53) conseguem nos serviços de saúde, escola ou em casa, 25,4% (n=73) não tem onde conseguir, 20,2% (n=58) não procura, pois se sentem envergonhados ou receosos com as opiniões das outras pessoas e 16% (n=46) atribui a responsabilidade ao parceiro.

Tabela 7 – Vulnerabilidade dos adolescentes em situação de pobreza relacionada aos serviços de saúde, diálogo e facilidades/dificuldades na aquisição do preservativo. Fortaleza, 2017.

Características	n	%
Q8 Uso os serviços de saúde para prevenir ou tratar DST/HIV/AIDS		
1 Não. Nunca fui ao médico por causa de questões relacionadas à saúde sexual	225	78,4
2 Não. Já tive doença com corrimento, ferida ou verrugas nos órgãos sexuais, mas não procurei o médico e tratei na farmácia	38	13,2
1 Sim. Já tive corrimentos e verrugas nos órgãos sexuais e tratei depois de fazer consulta médica	3	1
0 Sim. Faço acompanhamento em serviços de saúde- de tempos em tempos ou quando tenho algum problema de saúde	15	5,2
1 Já tentei, mas não consegui atendimento quando precisei	25	8,7
Q9 Eu faria o teste de HIV		
0 Só pra saber, por curiosidade	39	13,6
2 Por preocupação com uma situação vivida	11	3,8
1 Não faria o teste porque não quero saber o resultado	109	38
0 Eu faria para descobrir, prevenir e tratar logo	151	52,6
Q10 Posso contar com outras pessoas pra conversar sobre sexualidade e prevenção?		
0 Posso. Converso sobre sexualidade e prevenção com pessoas da minha idade	60	20,9
0 Posso contar com um médico ou um profissional da saúde para conversar abertamente sobre assuntos relacionados à sexualidade e prevenção	14	4,9
1 Não tem nenhum adulto com quem eu me sinta à vontade para conversar sobre esse tema	150	52,3
0 Posso contar com algum adulto com quem eu convivo porque sei que ele/ela me dá apoio, mesmo quando a gente tem ideias diferentes	93	32,8
Q11 Tenho facilidade ou dificuldade para conseguir camisinha?		
2 Nunca tenho onde conseguir na hora que eu preciso mas não perco a transa por isso	6	2,1
1 Não tenho onde conseguir	73	25,4

0 Sempre tenho porque compro na farmácia ou no supermercado	87	30,3
1 As vezes tenho, às vezes não	20	7
0 Consigo nos serviços de saúde, escola ou em casa	53	18,5
1 Só meu parceiro cuida disso	46	16
1 Não procuro porque tenho vergonha ou acho que vão pensar mal de mim	58	20,2

* 0 é representado pela cor verde, 1 é representado pela cor amarela e 2 é representado pela cor azul.

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Observou-se através de frequências dadas que houve prevalência de respostas com pontuação 0 nos itens relacionados ao início das relações sexuais (I1- 50,5%; n=145), relação casual (I2- 57,8%; n=166), uso do preservativo (I4- 52,3%; n=150), gravidez (I5- 84%; n=241) e realização do teste de HIV (I9- 58,2%; n=167). Com pontuação 1, identificou-se predominância nos itens relacionados ao uso da camisinha (I3- 84%; n=241) e situações em que aumentaram à exposição às IST/HIV/aids (I5- 52,3%; n=150) e com pontuação 2 nos itens relacionados aos serviços de saúde (I8- 83%; n=239), diálogo sobre sexualidade e prevenção (I19- 52,3%; n=150) e facilidades e dificuldades de conseguir o preservativo (I11- 57,5%; n=165).

Tabela 8 – Análise de frequências das respostas a cada um dos itens do questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids. Fortaleza, 2017.

Vulnerabilidade às IST/HIV/aids	Verde (Nota 0)	Amarelo (Nota 1)	Azul (Nota 2)
Início das relações sexuais	145 (50,5%)	94 (32,8%)	48 (16,7%)
Relação Casual	166 (57,8%)	26 (9,1%)	95 (33,1%)
Uso do preservativo	23 (8%)	23 (8%)	241 (84%)
Rompimento do preservativo	150 (52,3%)	44 (15,3%)	93 (32,4%)
Gravidez e teste do HIV	241 (84%)	36 (12,5%)	10 (3,5%)
Exposição ao HIV	137 (47,7)	-	150 (52,3%)
Substâncias psicoativas	213 (74,2%)	54 (18,8%)	20 (7%)
Serviços de saúde	10 (3,5%)	239 (83,3%)	38 (13,2%)
Teste do HIV	167 (58,2%)	109 (38%)	11 (3,8%)
Diálogo	137 (47,7%)	150 (52,3%)	-
Aquisição do preservativo	116 (40,4%)	165 (57,5%)	6 (2,1%)

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.3 Associação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids e as características dos adolescentes em situação de pobreza

Na tabela 9, os resultados evidenciam que os adolescentes do sexo masculino ($m=8.5$, $sd=3.7$) são mais vulneráveis que os adolescentes do sexo feminino ($m=8.1$, $sd=3.9$), na faixa etária entre 11 e 12 anos ($m=8.9$, $sd=3.7$) sendo os do 6º ano ($m=8.5$, $sd=3.9$) mais vulneráveis que os do 7º ano ($m=8.1$, $sd=3.8$). Quanto à cor/etnia, os mais vulneráveis são os que se classificaram como amarelos ($m=9.3$, $sd=3.6$), sem religião ($m=9.0$, $sd=4.6$), em outro tipo de relacionamento ($m=9.0$, $sd=3.3$), residindo em casa própria ($m=8.6$, $sd=3.8$) com seis ou mais pessoas ($m=8.8$, $sd=4.0$).

No entanto não se observou diferenças significativas da soma de escores médios entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids e as características sociais dos adolescentes, considerando como estatisticamente significante um valor de $p < 0,05$.

Tabela 9 – Associação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids e as características dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variáveis	Vulnerabilidade Média ± desvio padrão	Valor p
Sexo		
Masculino	8,5 ± 3,7	0,391 ¹
Feminino	8,1 ± 3,9	
Faixa etária		
11 ou 12	8,9 ± 3,7	0,102 ²
13 ou 14	8,7 ± 4,4	
15 ou 16	7,9 ± 3,7	
17 ou 18	5,4 ± 2,9	
Série		
6º Ano	8,5 ± 3,9	0,387 ¹
7º Ano	8,1 ± 3,8	
Cor/Etnia		
Branca	7,9 ± 4,0	0,148 ²
Parda	8,8 ± 3,8	
Negra	7,7 ± 3,9	
Amarela	9,3 ± 3,6	
Indígena	6,5 ± 0,7	

Religião		
Católica	8,0 ± 3,9	
Protestante/Evangélica	8,4 ± 3,8	0,752 ²
Sem religião	9,0 ± 4,6	
Outra religião	8,4 ± 2,9	
Estado civil		
Solteiro	8,3 ± 4,0	
Casado	6,0 ± 4,2	0,689 ²
Namorando	8,1 ± 3,8	
Outro tipo de relacionamento	9,0 ± 3,3	
Moradia		
Casa própria	8,6 ± 3,8	0,118 ¹
Casa alugada	7,9 ± 3,9	
N^o residentes na casa		
Duas pessoas	7,6 ± 4,1	
Três pessoas	8,2 ± 3,6	
Quatro pessoas	8,1 ± 4,0	0,625 ²
Cinco pessoas	8,7 ± 3,8	
Seis ou mais pessoas	8,8 ± 4,0	

¹ *Teste de Mann-Whitney*; ² *Teste de Kruskal-Wallis*. m= média; sd= desvio-padrão. Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.4 Associação entre as vulnerabilidades ao IST/HIV/aids e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza

Na tabela 10, identificou-se como mais vulneráveis às IST/HIV/aids, os adolescentes em que o pai possui ensino superior completo (m=10.3, sd=2.8) e trabalha na indústria (m=10,3, sd=3.7). Em relação à mãe, os mais vulneráveis são os que a mãe não tem estudos (m=10.5, sd=2.1) e que os adolescentes não souberam informar a profissão (m=11,0, sd=2,1). Quanto à renda familiar, os adolescentes mais vulneráveis são aqueles que não souberam informar qual a renda aproximada de sua família (m=9.0, sd=3.5).

No entanto não se observou diferenças significativas da soma de escores médios entre o questionário de vulnerabilidade e os fatores sociais dos adolescentes, considerando como estatisticamente significante um valor de $p < 0,05$.

Tabela 10 – Associação entre as vulnerabilidades às IST/HIV/aids e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variáveis	Vulnerabilidade Média ± desvio padrão	Valor p
Escolaridade do Pai		
Fundamental Completo	8,6 ± 4,2	0,817 ²
Fundamental Incompleto	8,2 ± 4,1	
Médio Completo	8,4 ± 3,5	
Médio Incompleto	8,3 ± 5	
Superior Completo	10,3 ± 2,8	
Sem Estudo	9,0 ± 0	
Sem Informação	7,8 ± 3,4	
Escolaridade da Mãe		
Fundamental Completo	8,1 ± 4,2	0,566 ²
Fundamental Incompleto	8,0 ± 3,9	
Médio Completo	9,0 ± 3,9	
Médio Incompleto	10,0 ± 3,5	
Superior Completo	7,9 ± 3,5	
Sem Estudo	10,5 ± 2,1	
Sem Informação	8,3 ± 3,6	
Trabalho do Pai		
Agricultura	7,4 ± 2,4	-
Construção civil	8,0 ± 3,6	
Funcionário público	9,6,3 ± 3,3	
Indústria	10,3 ± 3,7	
Comércio	7,6 ± 4,1	
Trabalhos informais	8,1 ± 4,5	
Trabalhador doméstico	7,2 ± 3,6	
Trabalha em casa	7,8 ± 4,1	
Não trabalha	8,9 ± 3,7	
Outro tipo de Trabalho	10,0 ± 2,7	
Não sabe informar		
Trabalho da Mãe		
Agricultura	10,0	
Construção civil	8,8 ± 5,1	

Funcionário público	10,1±3,8	
Indústria	8,0	-
Comércio	7,0±5,5	
Trabalhos informais	8,2±4,3	
Trabalhador doméstico	8,1±3,6	
Trabalha em casa	7,9±3,8	
Não trabalha	7,9±4,3	
Outro tipo de Trabalho	9,8±2,8	
Não sabe informar	11,0±2,1	
Faixa de renda		
< 1SM	7,7 ± 3,8	
1 - 2 SM	8,2 ± 4,0	
2 - 3 SM	8,8 ± 4,4	0,769 ²
>3 SM	8,2± 3,9	
Sem informação	9,0 ± 3,5	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis. m= média, sd= desvio-padrão. Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.5 Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos no questionário de vulnerabilidades às IST/HIV/aids

Para análise de dados procedeu-se à categorização dos indivíduos em vulneráveis e menos vulneráveis, utilizando o cálculo da média e do desvio-padrão (DP) (m=8.24, sd=3.87) dos escores obtidos no questionário de vulnerabilidade. Assim, consideraram-se sujeitos menos vulneráveis aqueles cujo escore total foi inferior a 4 (escore < 4) e sujeitos mais vulneráveis aqueles cujo escore total foi superior a 4 (escore > 4). A análise de frequências permitiu concluir um número elevado de sujeitos vulneráveis (73,9%; n=212).

Tabela 11 – Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos no questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids. Fortaleza, 2017.

	n	%
Mais Vulneráveis	212	73,9
Menos Vulneráveis	75	26,1
Total	287	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Dos adolescentes considerados vulneráveis, 64,6% (n=137) são do sexo masculino e 35,4 % (n=75) são do sexo feminino. Em relação aos adolescentes considerados menos vulneráveis, observou-se que 72,0% (n=54) são do sexo masculino e 28,0% (n=21) são do sexo feminino, o que significa que houve predominância do sexo masculino em ambas as classificações.

Tabela 12 – Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos no questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids por sexo. Fortaleza, 2017.

	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Mais Vulneráveis	137	64,6	75	35,4
Menos Vulneráveis	54	72,0	21	28,0

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.6 A Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza

Ao analisar os níveis de resiliência através da média dos escores da escala, observou-se que as afirmações que apresentaram escores baixo de resiliência foram relacionadas aos domínios Autoconfiança e Capacidade de Adaptação no item 9 - “às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não” (m=4.0, sd=1.9) e no domínio Resolução de Valores no item 7 – “eu sou capaz de depender de mim mais do qualquer outra pessoa” (m=4.2, sd=1.9), indicando que os adolescentes são dependentes de outras pessoas.

As afirmações que apresentam elevados escores de nível de resiliência foram relacionados aos domínios Resolução de Valore no item 16- “eu normalmente posso achar motivos para rir” (m=5.9, sd=1.4) indicando boa autoestima dos adolescentes e no item 6- “eu posso estar por minha conta se eu precisar” (m=5.8, sd=1.6) indicado uma boa resolutividade dos adolescentes.

Tabela 13 – Análise descritiva das respostas da Escala de Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Itens da Escala	Média	Desvio Padrão
1 - Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	5,3	1,7
2 - Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	4,8	1,5
3 - Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	4,5	1,9
4 - Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	5,4	1,5
5 - Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	4,9	1,8
6 - Eu posso estar por minha conta se eu precisar	5,8	1,6
7 - Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	4,2	1,9
8 - Eu faço as coisas um dia de cada vez	5,2	1,8
9 - Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	4,0	1,9
10 - Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	5,3	1,6
11 - Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	4,5	1,7
12 - Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	4,9	1,9
13 - Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	4,7	1,8
14 - Eu sou disciplinado	5,2	1,5
15 - Eu sou determinado	5,7	1,4
16 - Eu normalmente posso achar motivo para rir	5,9	1,4
17 - Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	5,3	1,7
18 - Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	5,7	1,6
19 - Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	5,1	1,6
20 - Manter interesse nas coisas é importante para mim	4,5	1,9
21 - Eu mantenho interesse nas coisas	5,8	1,5
22 - Eu sou amigo de mim mesmo	4,5	1,8
23 - Minha vida tem sentido	5,5	1,5
24 - Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	5,5	1,5
25 - Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	5,3	1,9

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Para se analisar as respostas a Escala de Resiliência, utilizou-se as frequências dadas a cada um dos itens. No domínio “Resolução de Valores” houve predomínio de respostas “concordo: pouco-muito-totalmente” em todos os itens com exceção apenas no item “7” em que os sujeitos assinalaram mais frequentemente em “discordo pouco” e nem concordo e nem discordo”.

Tabela 14 – Análise de frequências das respostas dadas aos itens do domínio “Resolução de Valores”, dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Domínio Resolução de Valores	Discordo				Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco	Nem concordo Nem Discordo	Pouco	Muito	Totalmente
Item 01 ER	08 (2,8%)	15 (5,2%)	23 (8,0%)	31 (10,8%)	57 (19,9%)	53 (18,5%)	100 (34,8%)
Item 02 ER	11 (3,8%)	15 (5,2%)	30 (10,5%)	48 (16,7%)	84 (29,3%)	62 (21,6%)	37 (12,9%)
Item 06 ER	11 (3,8%)	06 (2,1%)	13 (4,5%)	12 (4,2%)	41 (14,3%)	79 (27,5%)	125 (43,6%)
Item 07 ER	33 (11,5%)	25 (8,7%)	51 (17,8%)	48 (16,7%)	43 (15,0%)	41 (14,3%)	46 (16,0%)
Item 08 ER	21 (7,3%)	17 (5,9%)	17 (5,9%)	15 (5,2%)	52 (18,1%)	80 (27,9%)	85 (29,6%)
Item 10 ER	06 (2,1%)	12 (4,2%)	33 (11,5%)	40 (13,9)	48 (16,7%)	58 (20,2%)	90 (31,4%)
Item 11 ER	15 (5,2%)	30 (10,5%)	33 (11,5%)	54 (18,8)	60 (20,9%)	57 (19,9%)	38 (13,2%)
Item 12 ER	23 (8,0%)	16 (5,6%)	28 (9,8%)	39 (13,6)	45 (15,7%)	57 (19,9%)	79 (27,5%)
Item 14 ER	09 (3,1%)	05 (1,7%)	28 (9,8%)	37 (12,9)	76 (26,5%)	56 (19,5%)	76 (26,5%)
Item 16 ER	06 (2,1%)	04 (1,4%)	10 (3,5%)	27 (9,4)	40 (13,9%)	73 (25,4%)	127 (44,3%)
Item 18 ER	09 (3,1%)	08 (2,8%)	13 (4,5%)	23 (8,0)	34 (11,8%)	78 (27,2%)	122 (42,5%)
Item 19 ER	10 (3,5%)	13 (4,5%)	24 (8,4%)	33 (11,5)	70 (24,4%)	83 (28,9%)	54 (18,8%)
Item 21 ER	07 (2,4%)	06 (2,1%)	10 (3,5%)	24 (8,4%)	39 (13,6%)	78 (27,2%)	123 (42,9%)
Item 23 ER	05 (1,7%)	13 (4,5%)	12 (4,2%)	31 (10,8%)	65 (22,6%)	76 (26,5%)	85 (29,6%)
Item 24 ER	05 (1,7%)	10 (3,5%)	13 (4,5%)	34 (11,8%)	58 (20,2%)	71 (24,7%)	96 (33,4%)

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Entretanto no domínio “Independência e Dependência”, houve prevalência de respostas “concordantes - pouco-muito-totalmente” em todos os itens.

Tabela 15 – Análise de frequências das respostas dadas aos itens do domínio “Independência e Determinação”, dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Domínio	Discordo			Concordo			
	Totalmente	Muito	Pouco	Nem concordo/ Discordo	Pouco	Muito	Totalmente
Item 04 ER	11 (3,8%)	07 (2,4%)	14 (4,9%)	24 (8,4%)	64 (22,3%)	98 (34,1%)	69 (24,0%)
Item 05 ER	28 (9,8%)	12 (4,2%)	15 (5,2%)	32 (11,1%)	71 (24,7%)	71 (24,7%)	58 (20,2%)
Item 15ER	04 (1,4%)	08 (2,8%)	11 (3,8%)	17 (5,9%)	66 (23,0%)	78 (27,2%)	103 (35,9%)
Item 25 ER	15 (5,2%)	25 (8,7%)	12 (4,2%)	32 (11,1%)	37 (12,9%)	62 (21,6%)	104 (36,2%)

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

No domínio “Autoconfiança e Capacidade de Adaptação”, houve uma prevalência de respostas concordantes - “pouco- muito-totalmente”, nos itens 03-17-20. No item 09 as respostas variaram entre “discordo pouco”, “nem concordo e nem discordo” e “concordo-pouco- muito”. No item 13 variaram em “nem concordo e nem discordo” e “concordo-pouco-muito-totalmente”, e no item 22 a variância foi entre “nem concordo e nem discordo” e “concordo pouco e totalmente”.

Tabela 16 – Análise de frequências das respostas dadas aos itens do domínio “Autoconfiança e Capacidade de Adaptação”, dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Domínio	Discordo			Concordo			
	Totalmente	Muito	Pouco	Nem concordo Nem Discordo	Pouco	Muito	Totalmente
Autoconfiança e Capacidade de Adaptação							
Item 03 ER	27 (9,4%)	29 (10,1%)	34 (11,8%)	35 (12,2%)	51 (17,8%)	57 (19,9%)	54 (18,8%)
Item 09 ER	39 (13,6%)	28 (9,8%)	55 (19,2%)	43 (15,0%)	41 (14,3%)	52 (18,1%)	29 (10,1%)
Item 13 ER	15 (5,2%)	23 (8,0%)	39 (13,6%)	51 (17,8%)	51 (17,8%)	51 (17,8%)	57 (19,9%)
Item 17 ER	18 (6,3%)	06 (2,1%)	18 (6,3%)	40 (13,9%)	53 (18,5%)	66 (23,0%)	86 (30,0%)
Item 20 ER	36 (12,5%)	25 (8,7%)	21 (7,3%)	36 (12,5%)	78 (27,2%)	43 (15,0%)	48 (16,7%)
Item 22 ER	22 (7,7%)	27 (9,4%)	33 (11,5%)	47 (16,4%)	74 (25,8%)	32 (11,1%)	52 (18,1%)

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.7 Associação entre a escala de resiliência e as características dos adolescentes em situação de pobreza

Na tabela 17, identificou-se que os adolescentes considerados mais resilientes são do sexo feminino ($m=127.8$, $sd=15.4$), entre 17 e 18, do 7º ano ($m=128.0$, $sd=16.2$), que se consideram de cor amarela ($m=130.8$, $sd=16.3$), sem religião ($m=128.4$, $sd=16.3$), em outro tipo de relacionamento ($m=133.2$, $sd=17.9$), residindo em casa alugada ($m=128.4$, $sd=16.1$), com duas pessoas ($m=133.5$, $sd=11.0$).

No entanto, não se observou diferenças significativas da soma de escores médios entre a escala de resiliência e as características sociais dos adolescentes, considerando como estatisticamente significativa um valor de $p < 0,05$.

Tabela 17 – Associação entre a Escala de Resiliência e as características dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variáveis	Resiliência Média ± desvio padrão	Valor p
Sexo		
Masculino	127,1 ± 18,1	0,973 ¹
Feminino	127,8 ± 15,4	
Faixa etária		
11 ou 12	126,3 (13,3)	0,343 ²
13 ou 14	129,1 (16,6)	
15 ou 16	127,1 (17,2)	
17 ou 18	135,6 (11,8)	
Série		
6º Ano	126,9 ± 16,5	0,740 ¹
7º Ano	128,0 ± 16,2	
Cor/Etnia		
Branca	129,1 ± 14,9	0,767 ²
Parda	126,7 ± 18,7	
Negra	127,4 ± 14,0	
Amarela	130,8 ± 16,3	
Indígena	117,0 ± 12,7	

Religião

Católica	128,3 ± 15,0	
Protestante/Evangélica	126,8 ± 17,9	0,782 ²
Sem religião	128,4 ± 16,8	
Outra religião	121,3 ± 17,1	

Estado civil

Solteiro	127,5 ± 15,3	
Casado	131,5 ± 23,3	0,916 ²
Namorando	127,3 ± 17,9	
Outro tipo de relacionamento	133,2 ± 17,9	

Moradia

Casa própria	126,5 ± 16,5	0,476 ¹
Casa alugada	128,4 ± 16,1	

Quantas pessoas moram

Duas pessoas	133,5 ± 11,0	
Três pessoas	127,6 ± 15,6	
Quatro pessoas	125,8 ± 18,5	0,135 ²
Cinco pessoas	127,3 ± 19,8	
Seis ou mais pessoas	126,1 ± 12,1	

¹ *Teste de Mann-Whitney*; ² *Teste de Kruskal-Wallis*. m= média, sd= desvio-padrão. Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.8 Associação entre a escala de resiliência e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza

Os adolescentes considerados mais resilientes são aqueles em que o pai possui ensino médio incompleto (m=141.3, sd=18.4) e trabalha na indústria (m=139.9, sd=15.2), enquanto que a mãe possui ensino superior completo (m=138.3, sd=11.6). Quanto à renda familiar, os adolescentes mais resilientes são aqueles com uma renda > 3 salários mínimos (m=135.2, sd=14.7).

Houve diferenças significativas da soma de escores médios entre a escala de resiliência e a escolaridade do pai (p=0,043), considerando como estatisticamente significativa um valor de p< 0,05.

Tabela 18 – Associação entre a escala de resiliência e as características sociais dos pais dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

Variáveis	Resiliência Média ± desvio padrão	Valor p
Escolaridade do Pai		
Fundamental Completo	131,2± 17,5	
Fundamental Incompleto	128,4± 14,8	
Médio Completo	120,4± 19,5	
Médio Incompleto	141,3± 18,4	0,043²
Superior Completo	136,1 ±15,1	
Sem Estudo	116,5± 2,1	
Sem Informação	125,7± 16,2	
Escolaridade da Mãe		
Fundamental Completo	130,1± 15,8	
Fundamental Incompleto	127,6± 16,6	
Médio Completo	124,7 ±19,4	
Médio Incompleto	124,8± 23,3	0,352 ²
Superior Completo	138,3 ± 11,6	
Sem Estudo	118,5± 4,9	
Sem Informação	126,4± 14,1	
Trabalho do Pai		
Agricultura	124,0±15,6	
Construção civil	127,2±15,6	
Funcionário público	130,7±14,6	
Indústria	130,9±15,2	
Comércio	128,3±16,5	
Trabalhos informais	127,6±18,0	
Trabalhador doméstico	128,2±27,4	
Trabalha em casa	125,3±9,3	
Não trabalha	128,7±14,7	
Outro tipo de Trabalho	124,0±18,4	
Não sabe informar	122,5±13,2	
Trabalho da Mãe		
Agricultura	150	
Construção civil	133,8±17,0	
Funcionário público	135,8±11,8	
Indústria	143,0	

Comércio	137,3±7,4	
Trabalhos informais	129,1±17,4	
Trabalhador doméstico	128,5±13,2	
Trabalha em casa	127,1±17,6	
Não trabalha	114,6±21,9	
Outro tipo de Trabalho	120,1±14,5	
Não sabe informar	119,9±16,1	
Faixa de renda		
< 1SM	126,6 ± 13,8	
1 - 2 SM	129,1 ± 18, 4	
2 - 3 SM	132,2 ± 17,8	0,299 ²
>3 SM	135,20± 14,7	
Sem informação	124,6 ± 14,9	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis. m= média, sd= desvio-padrão. Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.9 Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos na escala de resiliência

Para análise de dados procedeu-se à categorização dos indivíduos em mais resiliente e menos resiliente, utilizando o cálculo da média e do desvio-padrão (DP) (m=127.56, sd=16.29) dos escores obtidos na Escala de Resiliência (ER). Assim, consideraram-se sujeitos menos resilientes aqueles cujo escore total da ER foi inferior a 111 (escores <111) e sujeitos resilientes aqueles cujo escore total da ER foi superior a 111 (escores > 111). A análise de frequências permitiu concluir um número elevado de sujeitos resilientes (88,2%; n= 253).

Tabela 19 – Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos na Escala de Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

	n	%
Mais Resilientes	253	88,2
Menos Resilientes	34	11,8
Total	287	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Dos adolescentes considerados mais resilientes, 67,2% (n=170) são do sexo feminino e 32,8 % (n=83) são do sexo masculino. Em relação aos adolescentes considerados

menos resilientes, observou-se que 61,8% (n=21) são do sexo feminino e 38,2% (n=13) são do sexo masculino, o que significa que houve predominância do sexo feminino em ambas as classificações.

Tabela 20 – Classificação dos sujeitos segundo os escores obtidos na Escala de Resiliência dos adolescentes em situação de pobreza por sexo no Bairro Grande Bom Jardim. Fortaleza, 2017.

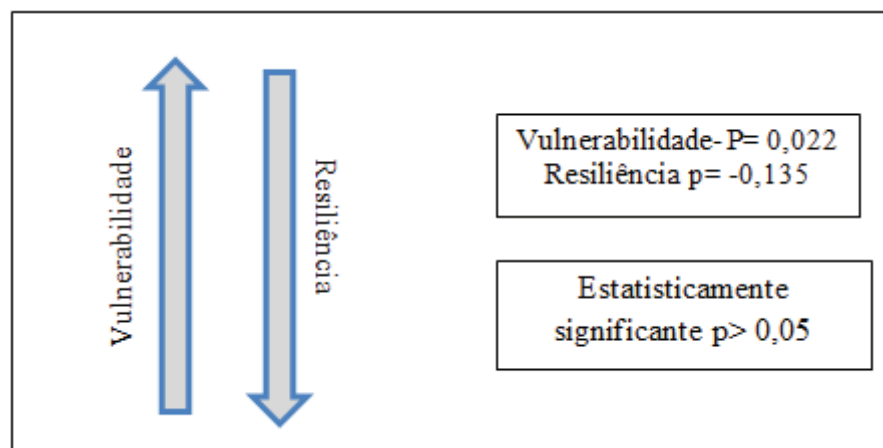
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Mais Resilientes	170	67,2	83	32,8
Menos Resilientes	21	61,8	13	38,2

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

5.10 Associação entre o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala de resiliência

Ao se analisar a associação entre o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a Escala de Resiliência, identificou-se associação estatisticamente significativa considerando $p=0,022$, com relação inversamente proporcional com $p= -0,135$, o que significa que para altos valores do questionário de vulnerabilidade tem-se baixos valores na escala de resiliência.

Figura 3- Fluxograma da associação do questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a Escala de Resiliência



Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

6 DISCUSSÃO

Entre os adolescentes participantes desse estudo, houve uma predominância do sexo masculino (66,6%; n=191), resultado semelhante ao estudo de Valim *et al.* (2015) realizado com 1.820 adolescentes, acerca do conhecimento sobre IST/HIV/aids e a não utilização do preservativo masculino. Entretanto, em alguns estudos relacionados a essa temática observa-se a prevalência do sexo feminino como nos estudos de Sasaki *et al.* (2014) e Costa *et al.* (2013).

A prevalência de adolescentes do sexo masculino nesse estudo está relacionada à localização da escola em que a maioria dos pais sentem-se receosos de encaminharem suas filhas devido ao elevado índice de violência do bairro, conforme relatado pela direção da escola. Ressalta-se que o GBJ é um dos bairros mais violentos da capital, principalmente em relação a roubos, furtos e lesões corporais (RIBEIRO, 2015; BRASIL *et al.*, 2010).

A faixa etária predominante foi a adolescência média com idade entre 15 e 16 anos, o que corrobora com os estudos de temática semelhante Wisniewski *et al.*, (2016), realizado com 167 adolescentes, em que as idades variaram entre 12 e 15 anos e o de Haack *et al.* (2012) realizado com 349 adolescentes com idades entre 12 e 14 anos.

Houve prevalência de adolescentes cursando o 7º ano (62%; n=178), no entanto percebe-se que há uma deficiência quando comparamos a faixa etária dos adolescentes com a escolaridade. Os adolescentes que estão cursando o 7º ano estão com idades entre 15 e 16 anos, enquanto o que é preconizado pelo Ministério da Educação (ME) é que os adolescentes do 7º ano estejam entre 11 e 12 anos de idade (INEP, 2015).

Essa discrepância entre a idade e a escolaridade pode estar associada às reprovações dos estudantes. Na escola Santos Dumont, no período correspondente ao ano letivo de 2015 nos anos iniciais houve reprovação de 5,8% (n=24) e nos anos finais de 9,2% (n=23). Assim, quando o aluno reprova os estudos por dois anos ou mais, durante a trajetória de escolarização, o mesmo acaba repetindo a série, por isso se tem essa diferença entre idade e o ano de escolarização na referida escola (INEP, 2015).

Quanto à religião, houve prevalência de adolescentes católicos e evangélicos, o que condiz com a literatura em que a adolescência é um período que o indivíduo está mais sensível ao envolvimento com a religiosidade. De forma geral, os adolescentes são mais suscetíveis que as crianças e os adultos a comportamentos relacionados às ideias religiosas, adesão a uma religião, além de assumir compromissos religiosos que perduram para o resto da vida (STOLZ *et al.*, 2013).

A respeito do estado civil, 61% (n=175) estavam solteiros, e 1,7 % (n=5) em outro tipo de relacionamento como “fica” e “pegada”, o que condiz com outros estudos de temática semelhante em que os adolescentes de uma forma geral costumam se envolver em relacionamentos mais sólidos e comprometidos entre 17 e 18 anos de idade (SILVA *et al.*, 2015; SASAKI *et al.*, 2014; COSTA, 2013).

Em relação à escolaridade dos pais, algumas pesquisas referem que um maior nível de escolaridade dos pais pode contribuir para a discussão e orientação de diversos assuntos relacionados ao período da adolescência, além de influenciar para a redução no processo de propagação de desigualdades de renda entre as gerações (RAMOS, 2011; ALMEIDA; CENTA, 2009).

Dessa forma, a escolaridade contribui para a comunicação entre pais e filhos, contribuindo na obtenção de informações corretas e em uma relação de confiabilidade com o filho adolescente (BRETAS *et al.*, 2013). Assim, entende-se que esse determinante social para os adolescentes do estudo encontra-se desfavorável, haja vista uma prevalência de pais com ensino fundamental incompleto (pai- 48,4%; n=139; mãe- 45,3%; n=130).

Quanto à profissão dos pais, houve prevalência da construção civil e do comércio, que de acordo com os relatos de alguns adolescentes, essa prestação de serviços é de forma exaustiva. Nessas condições, o trabalho é entendido como exploração, em que o indivíduo em termos práticos se enquadra como o escravo contemporâneo que é revelado pelos baixos rendimentos dos seus domicílios e pelas dificuldades de acesso aos recursos públicos básicos, como saúde e educação (RASSY, 2013).

Houve semelhança entre pais (3,1%; n=9) e mães (3,5%; n=10) que não trabalham. No Ceará, de acordo com os dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) realizada na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) pela Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) e Instituto de Desenvolvimento do Trabalho (IDT), houve um aumento do número de desemprego, passando de 8,1% para 8,5% da população economicamente ativa (PEA) (IPEA, 2015).

No Brasil, a informalidade nos trabalhos tem se destacado e suas características estão interligadas a problemas sociais como desigualdade e pobreza, uma vez que as pessoas que compõem a informalidade, em geral, são aquelas que não tiveram oportunidade de inserção no mercado formal (COSTA, 2010). Nesse estudo, 12,9% dos pais dos adolescentes trabalhavam informalmente, destacando-se o vendedor ambulante e a costureira como as principais atividades.

Além disso, 1,0 % (n=3) dos adolescentes não informaram a profissão dos pais, o que pode estar associado a outras atividades desempenhadas como uma forma de sustento individual e, na maioria das vezes, sustento familiar. Sabe-se, por exemplo, que dentro do contexto da pobreza, a criminalidade, o tráfico de drogas e a prostituição, são atividades comuns como forma de sustento (LOURDES *et al.*, 2014; CORRÊA; BURSSITYN, 2011; BRUNS; GUIMARÃES, 2010).

Em relação ao nível econômico, 40,8% (n=117) vivem com um a dois salários mínimos, e 30,3% (n=87) com menos de um salário mínimo. Esses achados estão de acordo com os demais estudos relacionados a essa temática, em que os adolescentes vivem com uma média de um a dois salários mínimos, podendo variar entre um a três salários mínimos (COSTA *et al.*, 2013; GUBERT, 2011).

No que diz respeito às relações sexuais, observou-se predominância de adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais (40,8%; n=117). No entanto, estudos de temática semelhante revelam que a maioria dos adolescentes vivenciam a sexarca entre 14 e 15 anos, dado esse que corrobora com a média entre 15 e 16 anos para o início das atividades sexuais nos adolescentes brasileiros (SILVA *et al.*, 2015; VANZIN *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2011).

Dos que já tiveram relação sexual 38,3% (n=110), não usaram preservativo em pelo menos uma das relações. Corroborando com esse achado, outro estudo revelou que os adolescentes tendem a não usar preservativo no início de sua vida sexual, sendo os principais motivos não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais, além de definirem esse tipo de relação como casual (LANGILLE *et al.*, 2010). Essa associação do não uso do preservativo em relações casuais é condizente com os achados desse estudo em que 33,1 % (n=95) dos adolescentes afirmaram não usarem preservativo em relações que eles consideram casual.

Quanto ao uso do preservativo, 84% (n=241) consideram que é bom para evitar filhos, HIV e IST's. Embora 16,4% (n=47) afirmem que pode ser usado com prazer, o mesmo quantitativo considera que não precisa ser utilizado com a pessoa que se ama e confia, sendo esse quantitativo de adolescentes do sexo feminino. Esse fato está relacionado à questão das mulheres priorizarem o sentimento de entrega e de amor, ao mesmo tempo em que existe o desejo de se descobrir (ONYEONORO *et al.*, 2011; BROGES, 2009).

Em contrapartida, a experiência sexual masculina é vista como um ganho, sustentando o poder da masculinidade. Esse fato demonstra a necessidade de ações educativas na escola para promover o uso regular do preservativo desde o início da vida sexual, uma vez

que esse tipo de comportamento tem elevado os dados estatísticos de infecção por IST/HIV/aids e gravidez durante a adolescência (UNAIDS, 2014; TRONCO; DELL'AGLIO, 2012; PELTZER, 2010; BORGES, 2009).

Salienta-se que dos adolescentes que já iniciaram as atividades sexuais 10,5% (n=30) usaram preservativo em todas as relações. No entanto, mesmo esses que iniciam a vida sexual com o uso da camisinha, tendem a abandoná-la em virtude do estabelecimento de confiança com o parceiro, expondo-se também a situações de riscos (COSTA *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a literatura é enfática em ressaltar a importância do adolescente em optar pelo uso constante do preservativo em todas as relações. Isso reforça a sensibilização em adotar comportamentos de prevenção e a compreensão deles em relação aos decorrentes índices de infecção por IST/HIV/aids, além de uma gravidez que pode ocorrer nesse período (MARQUES JÚNIOR; GOMES; NASCIMENTO, 2012; BERTONI *et al.*, 2009).

Quanto ao rompimento do preservativo, houve uma prevalência (52,3%; n=150) de adolescentes que nunca vivenciaram essa situação. Esse achado condiz com o quantitativo de adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais. No entanto, deve-se levar em consideração que alguns adolescentes preferem omitir essa informação, pois se sentem envergonhados pela pouca idade, em que temem o afastamento dos amigos e a repreensão dos pais e familiares (BOISLARD; POULIN, 2011).

Quando questionados em relação à gravidez e a realização do teste de HIV, 3,5% (n=10) engravidaram e não realizaram o teste de HIV, enquanto que apenas 0,3% (n=1) engravidou e realizou o teste. Sabe-se que realização do teste do HIV é um processo marcado por trajetórias afetivas sexuais e que esse processo também está relacionado como a prevenção é entendida pelos adolescentes a partir do acesso que têm em sua vida cotidiana e a educação para a prevenção (KIPPAX *et al.*, 2013).

Compreende-se que as relações sexuais desprotegidas é um fator primordial para a exposição às IST/HIV/aids, além disso há uma relação entre o uso de álcool e outras substâncias psicoativas com comportamentos sexuais de risco na adolescência. Nesse estudo, 44,9% (n=129) dos adolescentes se relacionaram com pessoas diferentes, porém não usaram preservativo em todas as relações sexuais e 13,9% (n=40) já usaram algum tipo de droga e relataram não perder o controle da situação. Esse achado é contraditório com a literatura, em que estudos apontam relação do uso de substâncias psicoativas com a iniciação sexual dos adolescentes, principalmente nos países europeus e nos Estados Unidos (MADKOUR *et al.*, 2010; CRUZEIRO *et al.*, 2010; MAQ *et al.*, 2009).

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde por questões relacionadas ao tratamento e a prevenção às IST/HIV/aids, a procura foi considerada baixa, em que 78 % (n=225) dos adolescentes nunca procuraram os serviços de saúde por questões relacionadas à saúde sexual. Esse achado é semelhante ao encontrado em um estudo com adolescentes, o qual avaliou a demanda aos serviços de saúde, evidenciando como motivo mais frequente, os aspectos de saúde relacionados à gravidez, seguidos por problemas relacionados ao aparelho respiratório (PORTO; ÚGA; MOREIRA, 2011).

Em relação ao diálogo sobre sexualidade e prevenção, 52,3% (n=150) afirmaram não ter nenhum adulto com quem possam dialogar. A família é considerada um espaço seguro e de proteção de seus membros, responsável pela perpetuação de valores éticos e morais que vão guiar o adolescente por toda a vida. Cabe a ela discutir, orientar e sanar se possível, as principais dúvidas, buscando identificar e focar nos tabus e medos presentes nessa fase. No entanto, o que se vê é a dificuldade de expressão por partes dos pais (WIGHT; FULLERTON, 2013).

Nesse sentido, quando os adolescentes não obtêm respostas para suas questões no lar, eles costumam buscá-las com terceiros, amigos da mesma faixa etária, parceiros ou mesmo na mídia, como foi evidenciado nesse estudo em que 20,9% (n=60) dos adolescentes conversam com pessoas da mesma idade. No entanto, as informações geralmente são incompletas ou imprecisas, carregadas de valores culturais e morais, sem uma real confiabilidade. Além disso, essas informações, na maioria das vezes, não estão inseridas na realidade dos adolescentes, o que pode resultar em uma não compreensão das informações, ou uma compreensão equivocada (NERY, 2015; WILSON, 2010).

Quanto as facilidade e dificuldades para conseguir o preservativo, 30,3% (n=87) dos adolescentes compram na farmácia ou no supermercado, ou conseguem nos serviços de saúde, escola ou em casa. Esses dados são semelhantes ao estudo de Jardim (2012) em que 38,6% dos adolescentes compram o preservativo na farmácia e no supermercado e 42,1 % conseguem nos serviços de saúde e com familiares.

Neste sentido, ressalta-se a necessidade da construção de espaços de diálogo entre adolescentes, professores e profissionais da saúde como um importante dispositivo para construir uma resposta social, tendo o uso do preservativo um papel de destaque como recurso disponível, que atende à função de proteção contra gravidez e IST/HIV/aids, sendo necessária a informação e a sensibilização do grupo por meio da educação em saúde (CÔRREAS; BURSZTYN, 2011).

Assim, a educação em saúde é um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer, havendo a necessidade de abordar o adolescente não como um problema, mas como um grupo que possui identidade, conhecimentos próprios cujos comportamentos e atitudes devem ser compreendidos a partir do seu universo e dos sentidos que atribuem aos diferentes fatos e eventos da vida (ALMEIDA, 2010)

Entre os profissionais da saúde capacitados para este diálogo está o enfermeiro, um educador por excelência, que pode muito contribuir no sentido de orientar o adolescente quanto à importância do uso do preservativo, bem como sua correta utilização, desde o início da sua vida sexual, de forma que se torne um hábito saudável expresso na continuidade do uso nas relações sexuais que se sucederão (LOPES; BARBOSA, 2015).

Além do mais, destaca-se o ambiente escolar, como um ambiente promotor da saúde do adolescente, pois é nesse espaço que surgem as oportunidades de diálogo, além da interação aluno-professor, o que facilita na discussão sobre o processo adolecer e a sexualidade (LUSCHEN; BOGAD, 2012).

Quanto à vulnerabilidade às IST/HIV/aids, os adolescentes mais vulneráveis são do sexo masculino e que estão em outro tipo de relacionamento. Esses achados são semelhantes aos encontrados em outros estudos e podem ser atribuídos ao fato de a experiência sexual masculina ser vista pela sociedade como um ganho que sustenta o seu poder, além de ser uma etapa simbólica de passagem à vida adulta, o que é o oposto para as mulheres. Além do mais os meninos tendem a se relacionar com outras pessoas de seu convívio, como vizinhas, amigas, com as quais não possuem, necessariamente, um vínculo amoroso (GUEDES *et al.*, 2012; KRAUS *et al.*, 2012; MALTA; SILVA; MELO, 2011).

Outro dado relevante é quando se compara à alfabetização e ao nível de escolaridade dos pais. Nesse estudo, os adolescentes mais vulneráveis são aqueles em que o pai possui ensino superior. Contrapondo esse achado, estudos semelhantes apontam que quanto mais alto o nível de escolaridade dos pais, menor a vulnerabilidade dos filhos. Isso retrata a influência da família sobre a iniciação sexual dos filhos, já que representa a estrutura social relevante para a educação de seus filhos em crescimento e desenvolvimento, especialmente no tocante à sexualidade (SHEYDERMAN; SCHWARTZ, 2012).

Entretanto, ainda se encontram dados que mostram a sensação de impotência de pais para atuar na educação sexual dos filhos. Isso acontece devido às dificuldades encontradas em abordar o assunto, decorrente da falta de informações ou por vergonha, o que

condiz com os achados desse estudo em que os adolescentes mais vulneráveis são aqueles em que a mãe não tem estudos (GOLDMAN, 2011).

Ressalta-se que os adolescentes mais vulneráveis foram aqueles que não souberam informar a renda aproximada de sua família. Não se pode afirmar que todos que não informaram a renda, são adolescentes em situação de pobreza, porém a pobreza é um dos principais determinantes sociais quanto à vulnerabilidade às IST/HIV/aids, pois é uma vulnerabilidade que potencializa outras vulnerabilidades (GARCIA; SOUSA 2010).

Além do mais as desigualdades sociais são questões complexas que permeiam muitos aspectos relacionados não apenas à vida individual, mas também aos aspectos sociais do indivíduo, que dizem respeito ao comportamento e ao estilo de vida de cada um e que está relacionado a questões socioeconômicas e culturais (COSTA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, o reconhecimento e a valorização das características individuais facilitadoras para o envolvimento efetivo no desenvolvimento de ações orientadas para a promoção à saúde e da resiliência são fundamentais, ainda mais em nossa sociedade com padrões de desigualdades sociais marcantes, ocasionando inserções sociais precárias, particularmente entre adolescentes, que crescem em situações de adversidades, que limitam seu pleno desenvolvimento, necessitando de esforços individuais e apoios externos para superar essas condições (XAVIER, CONCHÃO, JUNIOR, 2011).

Em relação aos domínios da resiliência, os adolescentes apresentaram escores baixos de resiliência nos domínios autoconfiança e capacidade de adaptação. Esse achado é semelhante a estudo realizado com adolescentes em situação de vulnerabilidade social em que os escores baixos de resiliência foram relacionados ao item referente à forma como os adolescentes administram sua vida (HAACK *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado com temática semelhante, evidenciou baixo índice de concordância nos domínios autoconfiança e capacidade de adaptação, em que os adolescentes não se percebem com condições de administrar sua vida, independentemente do grupo de amigos ou cuidadores. Além do mais em situações complexas, podem necessitar de supervisão para sentirem-se capazes de administrar conflitos (WERNER; SMITH, 2009).

No entanto, o domínio resolução de valores apresentou escores elevados de resiliência. Achado semelhante a um estudo realizado com adolescentes institucionalizados e não institucionalizados, em que os escores indicam uma adequada autoestima e uma valorização de suas conquistas, o que está diretamente ligado a comportamentos e estilos de vida saudáveis, estando relacionadas aos fatores de proteção (SILVA; NUNES, 2013).

Salienta-se que a identidade de um adolescente não se forma somente em detrimento do comportamento de outras pessoas. Além disso, é fundamental integrar estas identificações com as características pessoais possibilitando a formação de uma nova estrutura psicológica. Para criar uma identidade, o adolescente deve organizar suas habilidades, suas necessidades, seus interesses e desejos para serem expressos em um contexto social (CAVACO, 2011).

De uma forma geral, houve predomínio de respostas concordantes nos domínios resolução de valores, independência e dependência, autoconfiança e capacidade de adaptação. Esse achado é semelhante ao estudo que avaliou o estresse nos adolescentes em que houve predomínio de respostas concordantes em todos os domínios da escala de resiliência (CASTANHEIRA, 2013).

Quanto ao sexo, os adolescentes mais resilientes são do sexo feminino. Esse achado é semelhante a um estudo que verificou existir correlação entre o gênero e a resiliência, em que o gênero feminino apresentou um nível de resiliência superior em relação aos participantes do gênero masculino (MARANHÃO; XAVIER, 2014).

No que concerne à escolaridade, estudos apontam que quanto maior a escolaridade do indivíduo mais elevado são os níveis de resiliência, assim como foi evidenciado nesse estudo em que as adolescentes consideradas mais resilientes são aquelas que estão cursando o 7º ano (DIXE *et al.*, 2010; FORTES, 2009).

A escola nesse sentido apresenta-se como um lugar privilegiado de estimulação da resiliência, ao ter um papel fundamental na socialização, ao serem experienciadas inúmeras situações, tais como, relações entre pares, confiança, amizade, competição, rivalidade, aprendizagem e descoberta do novo, coesão entre tantas outras, além de contribuir para a regulação da atenção, para a construção do conhecimento científico, das emoções, da aprendizagem e dos comportamentos, dado ser na escola que os alunos passam a maior parte do seu tempo, sendo um dos três mais importantes domínios para o desenvolvimento da resiliência (SOUSA; GUERREIRO, 2014).

Quanto à religião, a literatura aponta que está diretamente relacionada ao desenvolvimento da resiliência, caracterizado pela aceitação e amor para consigo, para com o outro e pela vida, aciona no indivíduo processos subjetivos capazes de ressignificar as situações de adversidade, criando formas de atuações resilientes junto à realidade (PELTZ; MORAES; CARLOTTO, 2016). No entanto nesse estudo, os resultados contrapõem com a literatura, em que os adolescentes considerados mais resilientes são aqueles que declararam não possuir religião.

Em relação à moradia e o número de residentes, aqueles que residiam em casa alugada e com duas pessoas foram considerados mais resilientes, achado semelhante com o estudo que investigou os fatores familiares que influenciam o potencial de resiliência entre adolescentes, no qual identificou que os adolescentes que residiam com mais de duas pessoas foram considerados menos resilientes (ROZEMBERG *et al.*, 2014).

Quanto à escolaridade dos pais, observou-se que os adolescentes considerados mais resilientes, são aqueles em que o pai possui ensino médio completo e a mãe possui ensino superior completo. Esses achados corroboram com estudo realizado com a temática semelhante, que quanto maior o nível de escolaridade do indivíduo, maior o nível de resiliência, ou mais facilidade de desenvolverem a resiliência (DELVAN; BECKER; BRAUN, 2010).

Além do mais, o desenvolvimento da resiliência está diretamente relacionada ao conhecimento que o indivíduo possui, pois favorece a maximização das potencialidades e desempenho pessoal, interpessoal e social, contribuindo assim para o desenvolvimento da resiliência (SOUSA; GUERREIRO, 2014).

Em paralelo à escolaridade dos pais, os adolescentes considerados resilientes, são aqueles em que o pai trabalha na indústria. No entanto, deve-se levar em consideração que esses locais de trabalho possuem vários agentes agressivos como ruídos, iluminação precária, temperatura elevadas e possíveis substâncias químicas, o que proporciona predisposição à fadiga física e emocional, diminuindo assim o desenvolvimento da resiliência (OLIVEIRA; GODOY, 2015; BARAKIM, 2013).

Quanto à renda familiar, os adolescentes mais resilientes são aqueles com uma renda superior a três salários mínimos¹, o que corrobora com a literatura, em que os adolescentes considerados resilientes, são aqueles que possuem uma renda familiar maior que três salários mínimos (PELTZ; MORAES; CARLOTTO, 2010).

Ao se analisar a associação entre o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala de resiliência, observou-se que os adolescentes que apresentaram elevados índices de vulnerabilidade às IST/HIV/aids, apresentam baixos níveis de resiliência, o que está de acordo com os achados na literatura em que os adolescentes com baixos níveis socioeconômicos, tendem serem mais suscetíveis às vulnerabilidades dos que os adolescentes socioeconomicamente estáveis. Além dos mais indivíduos que convivem nessas situações apresentam dificuldades no desenvolvimento da resiliência, tornando-se, portanto, seres

¹ Salário mínimo de R\$ 880,00 de acordo com o Decreto n^o 8.618 vigência de 2016.

menos resilientes (VON MUHLEN; SALDANHA; STRY, 2014; BARRETO; SANTOS, 2009).

Nesse sentido, estudos evidenciam a importância dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros de se apropriarem dos conceitos de vulnerabilidade e resiliência para se tornarem aptos a estimular a autoestima dos adolescentes, diminuindo assim a sua vulnerabilidade às IST/HIV/aids (BARRETO, SANTOS, 2009).

7 CONCLUSÃO

Os adolescentes do estudo são de ambos os sexos, na faixa etária entre 11 a 18 anos, cursando o 6º e 7º ano do ensino fundamental. As religiões predominantes foram a católica e evangélica. O estado civil dos adolescentes variou entre solteiros, namorando e relacionamentos esporádicos, residindo com quatro a seis pessoas. Houve semelhança na escolaridade dos pais e das mães quando classificados nas categorias ensino médio completo e ensino superior. As principais profissões dos pais foram a construção civil e o comércio, e das mães, o trabalho no domicílio e como trabalhadoras domésticas. A renda familiar variou entre um a dois salários mínimos, e rendas não identificadas.

Os resultados evidenciam que os adolescentes mais vulneráveis às IST/HIV/aids, são do sexo masculino, na faixa etária entre 11 e 12 anos, do 6º ano, que se declararam amarelos, em relacionamentos esporádicos como “fica”, residindo em casa própria, com seis ou mais pessoas; em que o pai possui ensino superior completo e trabalha na indústria e mãe sem estudos e sem profissão identificada, com renda familiar não informada. No entanto, não se observou diferença estatisticamente significativa entre o questionário de vulnerabilidade e as características sociais dos adolescentes.

Identificou-se que os adolescentes mais resilientes são do sexo feminino, entre 17 e 18, do 7º ano, que se declararam de cor amarela, sem religião, em relacionamentos esporádicos, residindo em casa alugada, com duas pessoas, em que o pai possui ensino médio incompleto e trabalha na indústria, e a mãe com ensino superior e profissão não identificada, com renda familiar superior a três salários mínimos. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre a escala de resiliência e as características sociais dos adolescentes.

Por meio de análise, verificou-se associação estatisticamente significativa entre o questionário de vulnerabilidade às IST/HIV/aids e a escala de resiliência, o que significa que para elevados valores do questionário de vulnerabilidade tem-se baixos valores na escala de resiliência.

A realização deste estudo permitiu identificar que a vulnerabilidade às IST/HIV/aids não tem relação direta com a situação de pobreza dos adolescentes na amostra estudada. Porém os adolescentes mais vulneráveis e menos resilientes são do sexo masculino, o que implica na necessidade de um olhar integral, diferenciado e multiprofissional a esse público.

Espera-se que os resultados adquiridos possam sensibilizar as equipes multiprofissionais da atenção básica para a atuação com esse público, não como uma forma de segregação, mas com uma atenção mais integralizada, resguardando seus direitos, preservando sua identidade e promovendo sua saúde.

Por fim, os resultados desse estudo ilustram a importância de ações de promoção e educação em saúde no ambiente escolar, uma vez que é na escola que os adolescentes interagem com o meio e com o próximo, o que contribui positivamente para o desenvolvimento de mecanismos que auxiliem na promoção da resiliência. Ressalta-se que as ações de promoção a resiliência e a saúde do adolescente devem ser desenvolvidas em todos os cenários e contextos que estão inseridos.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

As limitações desse estudo estão relacionadas a:

- Dificuldade de acesso ao bairro e à escola, em virtude do elevado índice de violência, roubos, furtos e mortes na região;
- Dificuldade dos alunos em retornar com o TCLE assinados pelos pais, bem como o envolvimento dos pais na vida escolar dos filhos, levando a demora na coleta de dados;
- Baixo nível de escolaridade dos adolescentes e a dificuldade de expressarem sentimentos e conhecimentos sobre o contexto de vida, apesar de estarem no 6º e 7º ano apresentavam dificuldade de compreensão dos instrumentos;
- Liberação dos adolescentes de sala gradativamente à medida que terminavam as tarefas, postergando a coleta diária e dificultando o término;
- Greve na escola, foi outro fator que dificultou a liberação dos alunos em sala de aula, pois tinham que cumprir o calendário escolar com os ajustes;
- Inexistência de outras escolas de nível médio, fato que limitou a nossa população.

São recomendações do estudo:

- Que sejam realizadas intervenções intersetoriais que sensibilizem os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde para o desenvolvimento de trabalho educativo que contribua a prevenção de doenças e agravos e, favoreçam a promoção da resiliência desse público, visto que o sujeito resiliente é capaz de superar as adversidades da vida, e desenvolver mecanismos de superação e seguir adiante.
- Que existam ações estatais contínuas que proporcionem aos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, condições de trabalho para o desempenho de ações educativas viáveis que promovam a resiliência dos adolescentes, bem como a promoção da saúde com qualidade e que possam atingir objetivos estratégicos, institucionais, fortalecendo as ações do SUS voltadas a esse público.
- Que as instituições possuam estruturas que contribuam para promoção da saúde e da resiliência de forma que proporcione a interação entre pais, escola, famílias, comunidades e profissionais, estabelecendo assim, vínculos e a continuidade das ações educativas.
- Por fim, recomenda-se que esse estudo seja realizado em outras instituições que trabalham com adolescente em diferentes situações visando à implementação de futuras

estratégias que contribuam para um cuidado integrado e integral ao adolescente e, propiciem o desenvolvimento da resiliência desses sujeitos no enfrentamento de situações adversas e da vulnerabilidade às IST/HIV/aids.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 111-6, 2010.
- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.1, p. 71-6, 2009.
- ALMEIDA, M. G. B. **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. 161f.
- ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de Promoção da Saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 12, n. 2, p. 401-408, 2014.
- ANGUST, R. *et al.* Resiliência: A Universidade na terceira idade como fator de proteção. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2009, Curitiba, CHAMPAGNAT, **Anais...** 2009. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/>>.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, n. 6, 2011.
- ARAUJO, V. L. B. *et al.* Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 544-554, 2007.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P. **Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: RS. Ed. Artmed, 2006.
- ASSUNÇÃO, A. I. H. **Resiliência e Suporte Social - Implementação de um Programa de Intervenção**. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Algarve, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo (SP): Hucitec, 2006. p. 375-471.
- BACKS *et al.* Teses e dissertações de enfermeiros sobre educação em enfermagem e saúde: um estudo bibliométrico. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 251-6, 2013.
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BARANKIM, T. Aperfeiçoar a resiliência de adolescentes e suas famílias. **Adoles. Saúde**, v. 10, (supl.2), p. 17-22, 2013.
- BARBOSA, G. S.; VARELLA, J. M. **Estratégia para resiliência no desenvolvimento de líderes: treinamento**. São Paulo: SOBRARE, 2011.

- BARBOSA, S. M. *et al.* Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, p. 337-341, 2010.
- BARRETO, A. C. M, SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Rev enferm Anna Nery**, v. 13, p. 809-16, 2009.
- BARUTH, K. E.; CARROLL, J. J. A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. **The Journal of Individual Psychology**, v. 58, n. 3, p. 235-244, 2002.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BASTOS, M. A. O conceito de Resiliência na perspectiva de enfermagem. **Rev Ibero de educación e investigación en Enfermería**, v. 3. n. 4, p. 61-70, 2013.
- BERTONI, N. *et al.* Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 2, n. 6, p. 1350-60, 2009.
- BESSERA, E. P.; SOUSA, L. B.; ALVES, M. D. S. Intervenção Educativa utilizando a atividade de vida respiração com adolescentes. **Esc Ana Nery**, v. 18, n. 2, p. 209-214, 2014.
- BEZERRA, L. M. *et al.* **Desafios do desenvolvimento econômico**. Banco do Nordeste, 2010. 458p. Disponível em:
<http://www.bnb.gov.br/projwebren/exec/livroPDF.aspx?cd_livro=174>.
- BOISLARD, P. M. A.; POULIN, F. Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. **J Adolesc**, v. 34, p.289-300, 2011.
- BONANNO, G. A. Loss, trauma, and human resilience. **American Psychologist**, v.59, p. 20-28, 2004.
- BORGES, A.L.V.; NAKAMURA, E. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. **Rev Latinoam Enferm**, v.17, p.94-100, 2009.
- BOSSE, F. G. **Adolescência marcada por situações de Vulnerabilidade e Exclusão Social**. 2012. 35f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2012.
- BRASIL, G. M. *et al.* Cartografia da Criminalidade e Violência na Cidade de Fortaleza. **Relatório de Pesquisa** dos núcleos Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética (LABVIDA), Laboratório de Estudos da Conflitualidade e Violência (COVIO), ambos da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Laboratório de Estudos da Violência (LEV) da Universidade Federal do Ceará (UFC), com o apoio da Guarda Municipal e Defesa Civil de Fortaleza (GMF), Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), do Ministério da Justiça (MJ) e da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), Fortaleza, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde –Secretaria de Vigilância em Saúde – **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Brasil, 2015b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O Brasil sem miséria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 848 p.

_____. Ministério da Saúde-Secretaria de Vigilância em Saúde – **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS no. 466/12) Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. BRASIL, 2011.

_____. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente**. – 7. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 225p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Saúde do Adolescente**. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 24 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome [MDS], 2012. Disponível em: <[http:// www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br)>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome [MDS], 2013. Disponível em: < <http:// www.mds.gov.br>>.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3221-3228, 2011.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Vulnerabilidade e adolescência. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo, v.10, n.2, p. 89-96, 2010.

CAMPOS, C. G. *et al.* A Vulnerabilidade ao HIV em Adolescentes: Estudo Retrospectivo em um Centro de Testagem e Aconselhamento. **Rev. Min. Enferm**, v. 18, n.2, p. 310-314, 2014.

- CARMO *et al.* Adolescente que cumpre medida socioeducativa: modos de ser no cotidiano e possibilidades para enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 32, n.3, p.472-8, 2011.
- CARVALHO, F. T.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.9, p.2023-2033, 2007.
- CASSEY, D. Using action research to change health –promoting practice. **Nurs Health Sci**, v.9, n. 1, p. 5-13, 2007.
- CASTANHEIRA, F.P.D. **A Relação entre a Resiliência e a Vulnerabilidade ao Stresse: estudo numa organização de práticas positivas**. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Recursos Humanos, 197p. Instituto Superior de Línguas e Administração, 2013.
- CASTILLO, J. A. G.; DIAS, P. C. Autorregulação, resiliência e consumo de substâncias na adolescência: contributos da adaptação do questionário reduzido de autorregulação. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.10, n.2, p.205-216, 2011.
- CASTLEDEN, M. *et al.* Resilience thinking health protection. **Journal of Public Health**, v.33, p. 369-377, 2011.
- CAVACO, N.A.P.A. Atitudes educativas parentais e resiliência nos adolescentes, 2011. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0563.pdf>>.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDS). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. **MMWR**, v. 60, n. 5, p. 1-78, 2011.
- CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010.
- CHAVES, A. C. P. *et al.* Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev. Bras. Enferm**, v. 67, n.1, p. 48-53, 2014.
- CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76–82, 2003.
- CORRÊA J. S.; BURSZTYN, I. Representações e práticas referentes à gravidez e contracepção entre jovens. **Adolesc Saúde**, v. 8, n. 1, p. 6-14, 2011.
- COSTA, M. I. F. *et al.* Social Determinants of Health: Risks and Vulnerability in Adolescence. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 1, p.1-9, 2016.
- COSTA, A. C. P. J. *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz - Maranhão. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.
- _____. Protagonismo de adolescentes na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 482-7, 2015.

COSTA, C. B. J. S. **Aborto provocado e sua interface com a gravidez não planejada.** 2012. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

COSTA, M. S. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Cad. CRH**, v. 23, n. 58, p. 171-190, 2010.

CRUZEIRO A. L. S. *et al.* Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1149-58, 2010.

CULLUN, N. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Adolescente/Adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene**, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.

DELVAN, J. S.; BECKER, A. P. S.; BRAUN, K. Fatores de risco no desenvolvimento de crianças e a resiliência: um estudo teórico. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 2, n. 1, p. 349-357, 2010.

DIXE, M. A. *et al.* Competências pessoais e sociais dos estudantes do ensino superior. **Intern Journ of Developmental and Educational Psychology**, p. 17- 25, 2010.

ESPÍNOLA, G. M.; ZIMMERMANN, C. R. Definição e Mensuração da Pobreza: Algumas Considerações sobre o debate recente. *In: Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Anais...Niterói, RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012.*

FALCON, P. Y. J.; CARVALHO, A. P. Acompanhamento Social às Famílias no Âmbito do Programa Terra Mais Igual. **Revista da Jornada Científica de Assistência Social**, n. 1, 2011.

FALKENBERG, M, B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARIA, E. C. R. *et al.* Abortamento na Adolescência: Vivência e Necessidades de Cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 20-26, 2012.

FERES, J. C.; VILATORO, P. A. Viabilidade de erradicar a extrema pobreza: uma avaliação conceitual e metodológica. *In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate.* Brasília, v. 15, SAGI/MDS, 2013.

FERNANDES, M. C. P.; BACKS, V. M. S. Educação em saúde: perspectiva de uma equipe da estratégia da saúde da família sob a ótica de Paulo Freire. **Rev. Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

- FERREIRA, A. G. *et al.* Cultura Masculina e a religiosidade na Prevenção das DST/HIV/AIDS em adolescentes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 572-578, 2012.
- FERREIRA, R. A. *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, 2012.
- FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-264, 2013.
- FORTALEZA. Orientações gerais para o Desenvolvimento do trabalho Pedagógico no Ensino Fundamental. **Secretária Municipal de Fortaleza**, 2014. Disponível em: <<http://www.sme.fortaleza.ce.gov.br>>.
- FORTES, T. F. R. *et al.* A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 26, n. 4, p. 455-463, 2009.
- FRIBORG, O. *et al.* A new rating scale for adult resilience. What are the central protective resources behind healthy adjustment? **Intern Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 12, n. 2, p. 65-76, 2003.
- GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde soc.**, v. 19, supl. 2, p. 9-20, 2010.
- GODOY, K. A. B. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. **Advances in Health Psychology**, v. 18, n. 1-2, p. 79-90, 2010.
- GOLDMAN, J. D. An exploration in health education of an integrated theoretical basis for sexuality education pedagogies for young people. **Health Educ Res**, v. 26, n. 3, p. 526-41, 2011.
- GROTBERG, E. A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. **The Haque**. The Bernard Van Leer Foundation, 1995, p. 16-23.
- GROTBERG, E. H. **Novas tendências em resiliência**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GUBERT, F. A. **Tradução, adaptação e validação das escalas Parent-Adolescent Communication Scale e Partner Communication Scale: tecnologia para prevenção de DST/HIV**. 2011. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2011.
- GUEDES H. M. *et al.* Risk behavior for the Human Immunodeficiency Virus among motel clients. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 20, n. 3, p. 536-42, 2012.
- GUIMARÃES, M. C. S.; NOVAES, S. C. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Rev. Bioética**, v. 7, n. 1, p. 21-4, 2010.
- HAACK, I. *et al.* Resiliência em Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 270-281, 2012.

HOCKENBERRY, M. J. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro. IBGE, 2013. 256p.
INFANTE, F. **A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente**. Mellilo, E. N. S. Ojeda; cols, Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEXEIRA (INEP). **Censo Escolar da Educação Básica 2014**. Resumo técnico. Brasília: INEP, 2015, 39 p.

IPECE. **Perfil Básico Municipal 2014 Fortaleza**, 2015. Disponível em:
<<http://www.ipece.ce.gov.br>>.

_____. **Perfil Básico Municipal 2015 Fortaleza**, 2016. Disponível em:
<<http://www.ipece.ce.gov.br>>.

IPLANFOR. **Revista Fortaleza 2040**, v. 2, n. 1, 119 p. Fortaleza 2015. Disponível em:
<<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/revista-fortaleza-2040.pdf>>.

IRFFI, G.; SOARES, R. B.; DESOUSA, S. A. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. **Revista Economia**, v. 11, n. 2, p. 333–356, mai./ago. 2010. Disponível em:
<http://www.anpec.org.br/revista/vol11/vol11n2p333_356.pdf>.

JARDIM, D. P., SANTOS, E. F. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolesc. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 37-44, 2012.

JESUS, F. B. *et al.* Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-367, jun. 2011.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **The Gap Report**. Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em:
<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de Resiliência. **Ambiente & Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

JUNIOR, L. G. **Vulnerabilidade e Resiliência entre Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids na cidade de Maputo, Moçambique.** 2007. 259f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

KAPLAN H. **Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models.** In: Glantz M, Johnson J, editors. *Resilience and Development: Positive Life Adaptations.* New York: Plenum Publishers; 1999.

KIPPAX S. *et al.* Between Individual Agency and Structure in HIV Prevention: Understanding the Middle Ground of Social Practice. **Am J Public Health**, v. 103, n. 8, p. 1367-1375, 2013.

KRAUS H. *et al.* Sexual initiation of youths in selected European countries compared with their sexual and contraceptive knowledge. **Ann Agric Environ Med**, v. 19, n. 3, p. 587-92, 2012.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.C.; CARVALHO, S.V. Os modos de vida da população em situação de rua: Narrativas de Andanças nas ruas de vitória. **Rev da Jornada Científica da Assistência Social de Vitória**, n. 01, 2011.

LANGILLE, D. B. *et al.* Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. **Sex Health**, v. 7, n. 2, p. 199-204, 2010.

LIBORIO, R. M. C.; UNGAR, M. Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. **Psicol. Reflex. Crit**, v. 23, n. 3, p. 476-484, 2010.

LOPES, V. R.; MARTINS, M. C. F. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 36-50, 2011.

LOURDES, L. A. *et al.* Oficinas com adolescentes sobre saúde sexual no ambiente escolar. **Rev Ciênc Ext**, v. 10, n. 3, p. 123-32, 2014.

LUNA, I. T. **Educação em saúde com adolescentes em situações de rua visando à prevenção de DST/Aids.** 2011. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

LUNA, I. T. *et al.* Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Cienc. Enferm**, v. 18, n. 1, abr. 2012.

LUTHAR, S.; CUSHING, G. Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview, en Glantz, M.; Johnson, J. (eds), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, New York, **Plenum Publishers**, p. 129-160, 1999.

MA, Q. *et al.* Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. **BMC Public Health**, v. 9, n. 1, p. 111, 2009.

- MADKOUR, A. S. *et al.* Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. **J Adolesc Health**, v. 47, n. 4, p. 389-398, 2010.
- MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012.
- MALTA D. C. *et al.* Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 147-56, 2011.
- MALTA, D. C. *et al.* Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 52 -62, 2014.
- MARANHÃO, J. H.; XAVIER, A. S. Sentidos do abuso sexual intrafamiliar para adolescentes do sexo feminino. **Serv. Soc. Rev.**, v. 17, n.1, p. 88-112, 2014.
- MARQUES JUNIOR, J. S.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 511-20, 2012.
- MARTINS, M. H. **Contribuição para a análise de Crianças e Jovens em risco/resiliência e desenvolvimento.** Tese (Doutoramento em Psicologia) - Universidade do Algarve, Faro, 2005.
- MASTEN, A. S. Ordinary magic: Resilience process in development. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 227-238, 2001.
- MOREIRA, W. C *et al.* Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 213-220, jul. ago. set. 2015.
- MOTA, R. M. **História oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica.** 94f. 2012. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2012.
- MOURA J. R. *et al.* Concepções de pobreza: um convite à discussão psicossocial. **Temas psicol**, v. 22, n. 2, p. 341-352, 2014.
- NERY, I. S. *et al.* Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 3, p. 287-92, 2015.
- NEVES, A.M.M.C. **Promoção da resiliência e de competências sociais e emocionais com crianças em situação de risco da cidade de Tijuana.** 71 f. Mestrado. (Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Universidade de Lisboa, 2016.
- OLIVEIRA, A. L.; GODOY, M. M. C. O processo de resiliência do jovem aprendiz e as estratégias de conciliação estudo-trabalho. **Bol. psicol**, v. 65, n. 143, p. 175-191, 2015.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **La Salud de los Jóvens: Un Reto y uma Esperanza.** Geneva: OMS, 1995.

- ONYEONORO, U. U. *et al.* Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osisioma Ngwa LGA, South East Nigeria. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, v. 24, n. 5, p. 294-9, 2011.
- OSHIO, A. *et al.* Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. **Psychological Reports**, v. 93, n. 3_suppl, p. 1217-1222, 2003.
- PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. **Psicologia positiva, emoções e resiliência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- PELTONEN, K. *et al.* Effectiveness of school-based intervention in enhancing mental health and social functioning among war-affected children. **Traumatology**, v. 4, n. 18, p. 37-46, 2012.
- PELTZ, L.; MORAES, M. G.; MARY, C. S. Resiliência em estudantes do Ensino Médio. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 14, n. 1, p. 87-94, 2010.
- PELTZER, K. Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. **Acta Paediatr**, v. 99, n. 8, p. 1242-7, 2010.
- PESCE, R. P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.
- PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bio e Thikos**, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010.
- PINTO, B. K. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Rev. Min. Enferm**, v. 16, n. 4, p. 487-493, out./dez. 2012.
- PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. **Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência**.
- _____. Índice do Relatório do Desenvolvimento Humano. **O trabalho como motor do desenvolvimento humano**, 2015.
- POLETTI, R.; DOBBS, B. **A resiliência: a arte de dar a volta por cima**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução de Denise Regina Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D, MOREIRA, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3795-806, 2011.
- RASCHE, A. S.; SANTOS, M. S. S. Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p. 607-610, 2013.

RASSY, R. S. **Movimento Ação Integrada:** por uma ação ativa na reinserção social dos egressos e vulneráveis ao trabalho escravo contemporâneo – Síntese do Movimento, Movimento ação integrada pela liberdade e dignidade no trabalho, Sinait, OIT, v. 1, 2013.

REIS, D. C. *et al.* Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 586-594, 2013.

RIBEIRO, K.G. **Biodança e Saúde Percebida:** um olhar biocêntrico sobre a saúde. 2008. 176f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2008.

RIBEIRO, K.G. **Os Determinantes Sociais da Saúde no Grande Bom Jardim.** 2015. 360f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

ROZEMBERG, L. *et al.* Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 673-684, 2014.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**, v. 14, n. 8, p. 626-631, 1993.

SAMPAIO, J. Gênero, sexualidade e práticas de prevenção das DST/Aids: produções discursivas de profissionais da saúde da família e de adolescentes do Vale do São Francisco. **Psicol. Teor. Prat**, v. 12, n. 2, p. 173-187, 2010.

SANTOS, A. A. G. *et al.* Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, mai. 2012.

SANTOS, T. M. B. *et al.* fatores que contribuem para o início da atividade sexual em adolescentes: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 44, p. 64-70, 2015.

SANTROCK, J. W. **Adolescência.** 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 527p.

SASAKI, R.S.A. *et al.* Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. **Rev. bras. Epidemiol**, v. 17, supl. 1, p. 172-182, 2014.

SCOPACASA, L. F. **Validação de jogo educativo para construção do conhecimento de adolescentes acerca da prevenção de DST/AIDS.** 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SHEYDERMAN Y, SCHWARTZ S. J. Contextual and intrapersonal predictors of adolescent risky sexual behavior and outcomes. **Health Educ Behav**, v. 40, n. 4, p. 400-14, 2012.

SILVA, A. S. N. *et al.* Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 6, n. 3, p. 27-34, set. 2015.

SILVA, C. *et al.* Acontecimentos de vida estressantes, psicopatologia e resiliência em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 2, p. 348-355, 2013.

SILVA, L. B. **A lógica da Prevenção à violência inserida em um modelo econômico neoliberal**, Pelotas/RS, p. 157, 2012.

SILVA, R. A. R. *et al.* A Epidemia da Aids no Brasil: Análise do perfil atual. **Rev. Enferm. UFPE** (online), Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-8, 2013.

SILVA, R. A. R. *et al.* Características Epidemiológicas e Clínicas de Portadores de HIV/Aids atendidos em um Hospital de Referência – Natal/RN/Brasil. **Fiep Bulletin**, v. 80, Special Edition, Article II, 2010.

SINCLAIR, V. G.; WALLSTON, K. A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. **Assessment**, v. 11, n. 1, p. 94-101, 2004.

SIXBEY, M.T. **Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs**. Doctoral dissertation, University of Florida, 2005.

SOUSA C. S.; GUERREIRO, A. Educational resilience and knowledge building. **Santa Maria**, v. 39, n. 3, p. 567-576, 2014.

STOLZ, H. E. *et al.* Adolescent religiosity and psychosocial functioning: Investigating the roles of religious tradition, national-ethnic group, and gender. **Child Development Research**, v. 2013, p. 1-13, 2013.

TAKVIRIYANUN, N. Development and testing of the Resilience Factors Scale for Thai adolescents. **Nursing and Health Sciences**, v. 10, n. 3, p. 203-208, 2008.

TAMS, S. Constructing self-efficacy at work: a person-centered perspective. **Personnel Review**, v. 37, n. 2, p. 165-183, 2008.

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 33-40, 2009.

TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/Aids. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, supl. 2, p.51-62, 2010.

THEOBALD, V. D. *et al.* A universidade inserida na comunidade: conhecimentos, atitudes e comportamentos de adolescentes de uma escola pública frente a doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 1, p. 26-31, 2012.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes; iniciação sexual e gênero. **GeraiS: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 254-269, 2012.

TURNER, H. A. D. F. *et al.* Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 38, n. 3, p. 323-330, 2010.

UNICEF. **Adolescência**: Uma fase de oportunidades. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011a.

_____. **ECA 25 anos Estatuto da Criança e do Adolescente**. Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2015.

_____. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011b.

_____. **Situação mundial da infância 2011**. Nova York: Hatteras Press, 2011c.

VALIM, E. M. A. *et al.* Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. **Cad. saúde colet**, v. 23, n. 1, p. 44-49, 2015.

VANZIN R. *et al.* Vida sexual de adolescentes escolares da rede pública de Porto Velho-RO. **Aletheia**, v. 4, n. 41, p. 109-20, 2013.

VARA, M.; SANI A. I. **Estudo preliminar de validação**. Atas da XI Conferência Internacional de Avaliação psicológica: formas e contextos. Braga: Psiquilíbrios, p. 333-340, 2006.

VILELAS, J. *et al.* Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun: Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa. **Pensar Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2013.

VON MUHLEN, B. K.; SALDANHA, M.; STREY, M. N. Mulheres e o hiv/aids: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 285-296, 2014.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p. 165-178, 1993.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Fonte Diagramação: **AllType Assessoria Editorial Ltda**, 2015.

WELLS, M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. **Journal of Rural Nursing and Health Care**, v. 10, n. 2, p. 45-54, 2010.

WIGHT, D. F. D. A review of interventions with parents to promote talking to preteenage children about sex. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 42, n. 1, p. 56-63, 2010.

WILSON, E. K.; DALBERTH, H. P.; KOO, H. P, GARD, J. C. Parents' perspectives on the sexual health of their children. **J Adolesc Health**, v. 52, n. 1, p. 4-27, 2013.

WINDLE, G. What is resilience? A review and concept analysis. **Rev. Clin. Gerontol.** Cambridge, v. 21, p. 152-69, 2011.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à Intervenção efetiva.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendation on physical activity and health.** Genova: WHO, 2010.

ZEITOUNE, R. C. G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-59, mar. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PAIS E/OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES

Seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **Adolescentes em Situação de Pobreza: Resiliência e Vulnerabilidade às IST/HIV/aids** que tem como objetivo investigar a relação entre as vulnerabilidades às DST/HIV/Aids de adolescentes em situação de pobreza e seu nível de resiliência. Este estudo faz parte do Projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). A participação dele é importante e ele não deve participar caso não tenha vontade e sem a sua autorização, se menor de 18 anos. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para a coleta de dados, em primeiro lugar, informo que será realizada no ambiente escolar do seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal. Será agendado previamente com a escola e com seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal, após a sua autorização e o assentimento dele. Além disso, seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal responderá a dois questionários, um composto por 15(quinze) questões sobre dados socioeconômicos, e um questionário de 11 (onze) perguntas de múltipla escolha sobre a vulnerabilidade as IST/HIV/aids. Em seguida será aplicada uma escala com 25 itens que tem a finalidade de avaliar a resiliência dos adolescentes. O tempo para responder cada questionário dependerá de cada participante, porém estimam-se aproximadamente 50 minutos para cada questionário e para escala. Este estudo apresenta risco mínimo, como constrangimento e desconforto, que será minimizado pela desistência da pesquisa em qualquer momento. Ressalto que será disponibilizado uma sala reservada para a realização da pesquisa garantindo o anonimato de todas as informações prestadas. Saliento ainda que com esse trabalho, pretende-se fortalecer a assistência de enfermagem tornando-a mais atuante nas escolas e na comunidade, minimizando assim a vulnerabilidade dos adolescentes às IST/HIV/aids.

Tendo em vista a importância da participação do seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal nessa pesquisa, convido-o a autorizar a participação do mesmo neste estudo, sendo necessário esclarecer que: a participação do seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal deverá ser de livre e de espontânea vontade dele e sua; ao participar da pesquisa a identidade sua e de seu filho será mantida em sigilo.

Informo, ainda, que:

- Seu filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal tem direito de não participar dessa pesquisa, se assim desejar.
- Certifico que os participantes do estudo não terão nenhuma despesa de qualquer natureza.
- Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao nome dele, e quanto às informações dadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou filho (a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, ele resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- Ele não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.

- Somente após devidamente esclarecido e ter entendido o que foi explicado acima, você como responsável legal deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com você e a outra com o pesquisador.

Endereço do responsável pela pesquisa:
 Nome: Maria Isabelly Fernandes da Costa
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.
 Telefone pra contato: (85) 986107038

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ ; Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos".

Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito e declaração do responsável pelo participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2016.

 (Assinatura do adolescente)

 Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo

 (Assinatura do responsável)

 Nome do profissional que aplicou o TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

O abaixo assinado, _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2016.

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Nome do (a) pesquisador(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome da testemunha
(se o voluntário não souber ler)

Assinatura da testemunha

Nome do profissional
(que aplicou o TCLE)

Assinatura do profissional

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Adolescentes em Situação de Pobreza: Resiliência e Vulnerabilidade às IST/HIV/aids**”. Em primeiro lugar, informo que o encontro será realizado no ambiente escolar do participante, porém estes serão previamente agendados com a escola e o adolescente após a autorização dos seus pais e/ou responsável bem como o seu assentimento. Além disso, os adolescente responderá a dois questionários, um composto por 15(quinze) questões sobre dados socioeconômicos, e um questionário de 11 (onze) perguntas de múltipla escolha sobre a vulnerabilidade às DST/HIV/Aids, e será aplicada uma escala com 25 itens que tem a finalidade de avaliar a resiliência dos adolescentes. Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido (a) sobre o que desejar saber da pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e caso você se recuse em participar não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora que guardará sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, como constrangimento e desconforto, que será minimizado pela desistência da pesquisa em qualquer momento. Ressalto que será disponibilizado uma sala reservada para a realização da pesquisa garantindo o anonimato de todas as informações prestadas. Saliento ainda que com esse trabalho, pretende-se fortalecer a assistência de enfermagem tornando-a mais atuante nas escolas e na comunidade, minimizando assim a vulnerabilidade dos adolescentes às IST/HIV/aids. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados com a pesquisadora responsável. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Maria Isabelly Fernandes da Costa

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo. Telefone pra contato: (85) 986107038

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ ; Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade (se já tiver), _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador (a)

TERMO DE ASSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Ilmo.Sra. Sarah Helena Viana e Silva

Diretor(a)Escola Municipal de Ensino Infantil e Ensino Fundamental Santos Dumont

Solicitamos autorização para a realização da pesquisa intitulada **ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADES ÀS DST/HIV/AIDS**, nesta Escola Municipal de Ensino Infantil e Ensino Fundamental Santos Dumont, pela Enfermeira Maria Isabelly Fernandes da Costa. Ao mesmo tempo pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar na pesquisa, bem como, em futuras publicações.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Fortaleza, 18 de Novo de 2016.

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Sarah Helena Viana e Silva

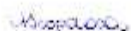
Sarah Helena Viana e Silva

Diretor(a) EMEEF Santos Dumont

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO “DADOS GERAIS”

Autorizo o uso do questionário para ser aplicado no estudo intitulado : **ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV/AIDS**, de autoria de Maria Isabelly Fernandes da Costa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde, da Universidade Federal do Ceará, Brasil.




Ligia Fernandes Scopacasa

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

Eu Renata Pires Pesce, em nome dos demais autores, autorizamos o uso da escala de Resiliência: Adaptação transcultural, confiabilidade e validade de Resiliência para ser aplicado no estudo intitulado: **ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADES ÀS DST/HIV/AIDS**, de autoria da Mestranda Maria Isabelly Fernandes, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde, da Universidade Federal do Ceará, Brasil.



Renata P. Pesce

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2016.

ANEXOS

ANEXO A – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DO BAIRRO GRANDE BOM JARDIM



**ANEXO B – QUESTIONÁRIOS SOCIECONÔMICO
DADOS GERAIS (VERSÃO ADAPTADA)**

Siga as instruções abaixo:

1. Leia atentamente as alternativas e marque a que melhor condiz com a sua realidade;
2. Caso haja alguma dúvida, solicite a ajuda do facilitador (a) / pesquisador (a);
3. Nas questões em que existe a opção “outra”, por favor, especifique a que condiz com a sua realidade.

1. Iniciais:

2. Idade

3. Sexo

1. () Feminino 2. () Masculino

4. Qual a série que você está cursando:

1. () 5^o ano 2. () 6^o ano 3. () 7^o ano

5. Em relação à cor/etnia como você se considera:

1. () Branco(a) 2. () Pardo(a) 3. () Negro(a) 4. () Amarelo(a) 5. ()
Indígena 6. () Outra

Qual? _____

6. Qual a sua religião?

1. () Católica 2. () Protestante/Evangélica 3. () Espírita 4. () Umbanda/Candomblé
5. () Sem religião 6. () Outra

Qual? _____

7. Qual seu estado civil?

1. () Solteiro(a) 2. () Casado(a) 3. () Namorando 4. () União Estável
5. () Outro tipo de relacionamento

Qual? _____

8. Onde você mora atualmente?

1. () Casa própria 2. () Casa Alugada

9. Quantas pessoas moram com você?

1. () Duas pessoas 2. () Três 3. () Quatro 4. () Cinco 5. () Mais de seis

10. Até quando série/ ano seu pai estudou?

11. Até quando série/ ano sua mãe estudou?

12. Em que seu pai trabalha ou trabalhou, na maior parte da vida?

1. () Agricultura 7. () Comércio
2. () Construção civil 8. () Trabalhador fora de casa em atividades informais
3. () Funcionário público 9. () Trabalhador doméstico em casa de outras pessoas
4. () Trabalha em casa 10. () Não sei.
5. () Não trabalha 11. () outro
6. () Indústria Qual? _____

13. Em que sua mãe trabalha ou trabalhou, na maior parte da vida?

1. () Agricultura 7. () Comércio
2. () Construção civil 8. () Trabalhadora fora de casa em atividades informais
3. () Funcionária público 9. () Trabalhadora doméstico em casa de outras pessoas
4. () Trabalha em casa 10. () Não sei.
5. () Não trabalha 11. () outro
6. () Indústria Qual? _____

14. Você sabe qual a renda da sua casa?

1. () Sim 2. () Não

15. Se souber a renda de sua casa, informe qual a renda aproximada.

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A VULNERABILIDADE ÀS
DST/HIV/AIDS (PROJETO DE MOBILIZAÇÃO NACIONAL DE ADOLESCENTES E
JOVENS PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV E DA AIDS)**

Siga as instruções abaixo:

1. Leia atentamente as alternativas e marque a que melhor condiz com a sua realidade;
2. Caso haja alguma dúvida, solicite a ajuda do facilitador (a) / pesquisador (a);

1. Em meus relacionamentos ...

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

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

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

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

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

4. A gravidez só acontece quando a gente não faz sexo seguro... Já passei por isso?

- Nunca fiquei grávida-ou engravidei alguém- porque usei camisinha em todas as relações sexuais que já tive;
- Nunca fiquei grávida-ou engravidei alguém- porque uso (ou minha parceira usa) pílula anticoncepcional;
- Já fiquei grávida -ou engravidei alguém – mas nunca fizemos o teste de HIV;

- Já fiquei grávida ou engravidei alguém - fizemos o teste de HIV;
- Nunca vivi nenhuma dessas situações;

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

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

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

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

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

Não deu para parar e continuamos a transa mesmo assim;

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

8. Acho que a camisinha...

- É fácil de colocar;

- Pode ser usado com prazer;
- Não precisa ser usada com a pessoa que a gente ama e em quem a gente confia;
- Não dá pra usar pois diminui o prazer;
- É bom para evitar filhos, HIV e doenças sexualmente transmissíveis;

9. Eu faria o teste de HIV...

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

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

- Posso. Converso sobre sexualidade e prevenção com pessoas da minha idade;
- Poso contar com um medico ou um profissional da saúde para conversar abertamente sobre assuntos relacionados a sexualidade e prevenção;
- Não tem nenhum adulto com quem eu me sinta á vontade para conversar sobre esse tema;
- Posso contar com algum adulto com quem eu convivo porque sei que ele/ela me dá apoio , mesmo quando a gente tem ideias diferentes;

11. Tenho facilidades ou dificuldades para conseguir camisinha?

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

ANEXO D – ESCALA DE RESILIÊNCIA: VERSÃO ADAPTADA PARA O BRASIL

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
A. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
B. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
C. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
D. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
E. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
F. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
G. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
H. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
I. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
J. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
K. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
L. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
M. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
N. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
O. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
P. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
Q. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
R. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
S. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
T. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
U. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
V. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
W. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
Y. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
X. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO E – PARECER CONSUBSTNCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIAADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA: RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV/AIDS

Pesquisador: maria isabelly fernandes da Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57267916.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.672

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de Mestrado a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem caracterizado como um estudo descritivo, exploratório e de abordagem quantitativa com o objetivo de investigar a relação entre as vulnerabilidades às DST/HIV/Aids de adolescentes em situação de pobreza e seu nível de resiliência. O estudo será desenvolvido com 686 adolescentes regularmente matriculados em uma escola da regional V da cidade de Fortaleza – Ceará que estejam regularmente matriculados e cursando entre a 5a, e a 7a. série e que sejam classificados como estando em situação de pobreza. Serão excluídos adolescentes que apresentem algum déficit cognitivo ou qualquer tipo de incapacidade que o impossibilite de responder aos questionamentos. A amostragem utilizada será intencional. O estudo incluirá a aplicação de três instrumentos de coleta de dados: questionário sociodemográfico, questionário para avaliar a vulnerabilidade às DST/HIV/Aids e uma Escala de Resiliência que avalia a resiliência dos adolescentes em situação de pobreza e vulneráveis às DST/HIV/Aids. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva, análise de regressão linear, teste qui-quadrado/Fisher e Análise de variância.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

