



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Raquel Fonseca Rodrigues

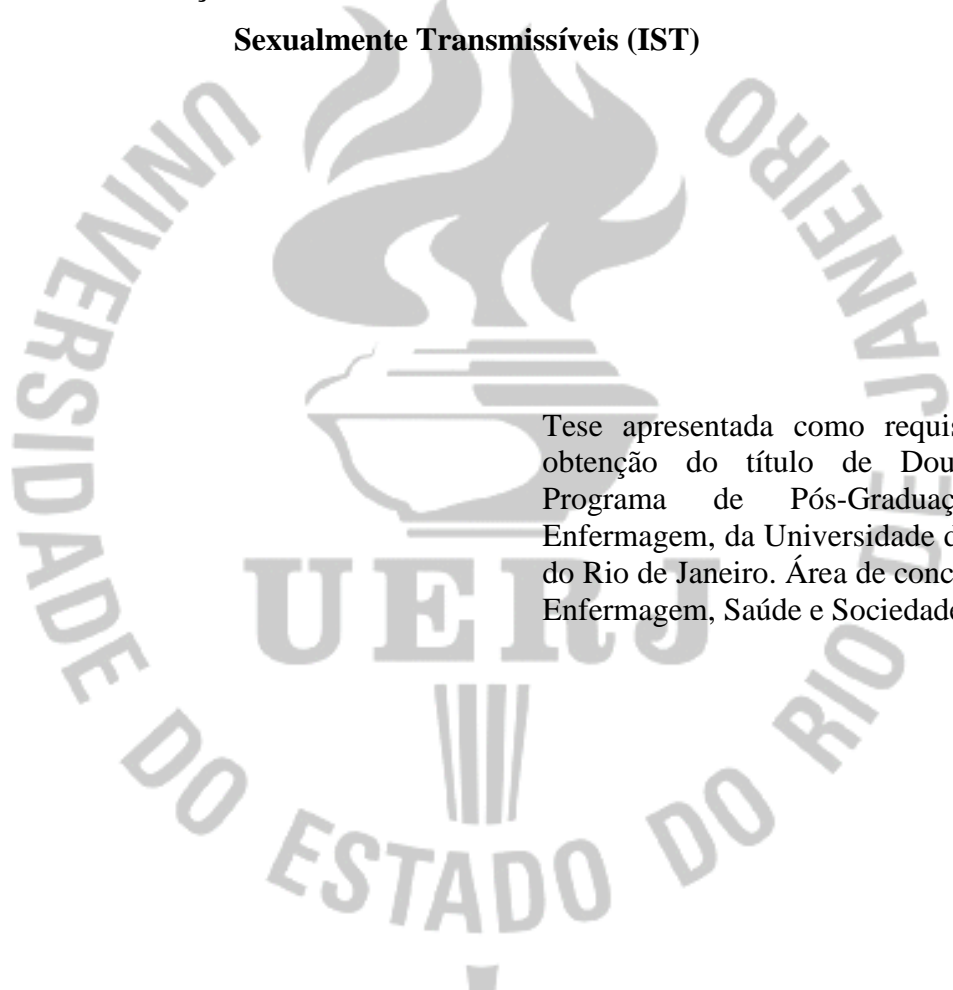
**Adolescentes em situação de acolhimento institucional: vulnerabilidade às
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**

Rio de Janeiro

2016

Raquel Fonseca Rodrigues

Adolescentes em situação de acolhimento institucional: vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)



Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R696	<p>Rodrigues, Raquel Fonseca. Adolescentes em situação de acolhimento institucional: vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) / Raquel Fonseca Rodrigues. - 2016. 138 f.</p> <p>Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Adolescentes – Comportamento sexual. 2. Adolescente institucionalizado. 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. Teoria social. 5. Doenças sexualmente transmissíveis. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Raquel Fonseca Rodrigues

Adolescentes em situação de acolhimento institucional: vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dr^ª Rosângela da Silva Santos
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dr^ª Thelma Spindola
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dr^ª Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

AGRADECIMENTOS

Como diz a poetisa Cora Coralina, “o que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”. E nesse final, eu colho: os ensinamentos das adolescentes que participaram da pesquisa; as amizades que se fortaleceram nesse caminho; o amor da família; a alegria e companheirismo do meu cachorro; a sabedoria da minha amada orientadora e das professoras colaboradoras; e o reconhecimento dos meus colegas de trabalho. Mas gostaria de aproveitar esse momento para agradecer em especial algumas pessoas que foram, ou melhor, são peças importantíssimas nessa jornada.

Em primeiro lugar a Deus, pois graças à Ele eu posso estar vivenciando e compartilhando mais essa etapa na minha vida pessoal e profissional. Ao meu Deus que me fortalece e me dá sabedoria para atravessar os obstáculos e deles crescer.

Em segundo lugar gostaria de agradecer a minha família que é meu alicerce e minha motivação. Ao meu marido Bruno que, ao meu lado, me mostra a leveza e a alegria de viver e me preenche todos os dias com seu amor. Ao Bê que com seus tropeços e ascensões fortalece em mim o sentimento de educar e amar o próximo para que este cresça cada vez mais. Ao meu filho peludo Jet Li que chegou de mansinho, foi se aconchegando em nossos corações e hoje é avassalador ao dividir seu companheirismo. Ao meu irmão Rafael que me ensina a ser e ter paciência. A paciência de esperar, de curtir e de aproveitar as coisas simples do dia a dia. Aos meus sogros Marluci e José Augusto que me acolheram e me recebem todos os dias com beijos, beijos e mais beijos, e espero conseguir retribuir esse carinho a altura. A minha cunhada Pati e sua família encantadora, Bio, Carol e Rafa, que confiou em mim e me permitiu vivenciar um dos momentos mais esplendoroso de minha vida – receber, cuidar e acalantar o Rafa (meu beijoqueiro). E em especial, aos meus pais, Irene e José Adolpho, que me ensinam e demonstram a importância da união, do respeito e do silêncio. Mesmo passando por momentos delicados, minha mãe se mostrou uma fortaleza e meu pai, através de seu silêncio e escuta, demonstrou que a união e o companheirismo fortalecem e revigora a pessoa para a luta. O que tenho a dizer é obrigada por me receberem como filha.

À minha amiga e orientadora Lucia Helena, meu muito obrigada. Obrigada por dividir seus conhecimentos. Obrigada por acreditar em mim. Obrigada por me acolher. Que possamos dar muitas risadas juntas e olhar para trás e vislumbrar as nossas conquistas.

Agradecer também as minhas amigas Lilia e Fabiola que participaram comigo de momentos de alegria e tristeza, conquistas e decepções, sonhos e “pesadelos”. Que me

deixaram conviver com suas lindas famílias e que me dificultaram a manter na dieta devido aos brindes do Mc Lanche Feliz e aos almoços e reuniões com “gordices”. Amo vocês. Que cada vez mais tenhamos momentos fantásticos juntas. E não podia deixar de agradecer, em particular, a chegada da Maria Clara. Menina sapeca, levada da breca que nos alegra todos os dias com suas estripulias. Você é especial.

À Renata Leal (secretária da Ginecologia) que aturou meus estresses, meus desabafos e minhas iras e me deu conselhos maravilhosos. Me conhece como ninguém e sabe que independente do que acontecer eu vou lutar até o fim pelas pacientes.

Não poderia deixar de agradecer aos professores e funcionários que fizeram parte da construção do meu saber- na graduação e pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Referenciais que me guiam e me contagiam a dividir todos os ensinamentos que fui adquirindo no decorrer dessa caminhada. Aproveitar e agradecer as professoras que me ajudaram a enriquecer essa pesquisa, Rosângela Santos, Thelma Spindola, Adriana Lemos, Ana Beatriz Queiroz e Maria Aparecida Vasconcelos.

Agradecer à todos os integrantes do grupo de pesquisa, entre elas Joana, Valéria, Claudia e Liana que oportunizou conversas e discussões que enriqueceram minha bagagem intelectual e fortaleceu minha análise no decorrer da pesquisa.

E por último, porém não menos importante, às adolescentes das unidades de acolhimento, em especial às que participaram da pesquisa. Adolescentes-mulheres que, com suas particularidades, me acolheram. Acreditaram na proposta da pesquisa e se propuseram a dividir suas histórias de vida a fim de contribuir para a melhoria da assistência à essa parcela da população.

Não te deixes destruir. Ajuntando novas pedras e construindo novos poemas.

Recria tua vida, sempre, sempre. Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.

Faz de tua vida mesquinha um poema. E viverás no coração dos jovens e na memória das gerações que não de vir. Esta fonte é para uso de todos os sedentos.

Toma a tua parte. Vem a estas páginas e não entres seu uso aos que têm sede.

Cora Coralina

RESUMO

RODRIGUES, Raquel Fonseca. *Adolescentes em situação de acolhimento institucional: vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. 2016. 138f. – Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O objeto deste estudo foi a *vulnerabilidade às IST de adolescentes do sexo feminino em situação de acolhimento institucional*. Os principais problemas de saúde dos adolescentes vêm das atividades sexuais; entre eles as IST. Estas, quando não identificadas e tratadas, podem trazer consequências severas que prejudicam a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes; como infertilidade, doenças inflamatórias pélvicas, câncer de colo uterino, abortamento espontâneo, prematuridade, disfunção sexual, e nos casos mais graves pode levar a morte. As adolescentes em situação de acolhimento, devido às situações de desagregação familiar, autoestima baixa, relações sexuais desprotegidas, exposição à violência, comercialização das relações sexuais para sobrevivência, uso de drogas lícitas e ilícitas, ficam em situação de vulnerabilidade, dentre elas a vulnerabilidade à saúde sexual. Embora, seja possível identificar inúmeras conquistas nas ações à saúde para as adolescentes, principalmente a saúde sexual e reprodutiva, as abordagens educativas ainda têm uma finalidade corretiva das condutas sexuais e não incorporaram os contextos socioculturais, ou seja, os roteiros sexuais que guiam as adolescentes em situação de acolhimento institucional. Todas essas constatações levaram a reflexão da necessidade em aprofundar a concepção de vulnerabilidade para a saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento. O estudo desta vulnerabilidade proporciona a compreensão das formas pelas quais as adolescentes e suas coletividades se expõem ou favorecem a um determinado contexto vulnerável. Para tal, traçou-se como objetivo: analisar as dimensões de vulnerabilidade às IST em adolescentes em situação de acolhimento institucional, considerando as condutas sexuais. Foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório que utilizou como referencial teórico-metodológico Daniel Bertaux. Foram entrevistadas 10 adolescentes que se encontravam em instituições de acolhimento, na Zona Norte e na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. Os dados produzidos foram interpretados a partir de uma análise temática. Deste processo emergiu uma categoria analítica: *Roteiros Sexual e a vulnerabilidade às IST de adolescentes em situação de acolhimento institucional*; com duas subcategorias: *Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento institucional*; *Saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional*. Na primeira subcategoria identificaram-se as características de seus relacionamentos interpessoais, as percepções quanto a perda da virgindade e ao seu corpo e experiências homoafetivos. Na segunda subcategoria emergiram narrativas da vivência de violência sexual e prostituição, questões de gênero (dificuldade de negociação), o uso de métodos contraceptivos para a prevenção de futuras gestações, os conhecimentos limitados quanto à exposição às IST e os cuidados necessários para se protegerem das mesmas. A pesquisa considerou que conhecer os roteiros sexuais e as dimensões de vulnerabilidade de adolescentes em situação de acolhimento às IST revelou que são questões fundamentais a serem incorporadas na assistência a essas adolescentes, tendo em vista a prevenção das IST e promoção da saúde sexual e o empoderamento dessas jovens.

Palavras-chave: Saúde sexual. Adolescente institucionalizado. Roteiros sexuais. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

RODRIGUES, Raquel Fonseca. *Adolescents in residential care situation: vulnerability to Sexually Transmitted Infections (STI)*. 2016. 138f. – Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The object of this study was the vulnerability to STI female adolescents in residential care situation. The main health problems of adolescents have sexual activity; including STI. These, if not identified and treated, can bring severe consequences that impair sexual and reproductive health of adolescents; as infertility, pelvic inflammatory disease, cervical cancer, miscarriage, premature birth, sexual dysfunction, and in severe cases can lead to death. The teens in foster situation, due to family breakdown situations, low self-esteem, unprotected sex, exposure to violence, trading of sex for survival, use of legal and illegal drugs, are in vulnerable situations, among them vulnerability to sexual health. Although, it is possible to identify numerous achievements in health actions for adolescents, especially sexual and reproductive health, educational approaches still have a corrective purpose of sexual conduct and not incorporated socio-cultural contexts, ie the sexual scripts that guide teens in residential care situation. All these findings led to reflection on the need to deepen the concept of vulnerability to sexual health of adolescents in situation of welcome. The study of the vulnerability provides an understanding of the ways in which adolescents and their communities are exposed or vulnerable favor a particular context. To do this, it drew up the following objectives: to analyze the STI vulnerability dimensions in adolescents in residential care situation, considering the sexual conduct. A qualitative study of descriptive exploratory character used as theoretical and methodological Daniel Bertaux reference was made. They interviewed 10 adolescents who were in institutions, in the north and south of the city of Rio de Janeiro. The data produced were interpreted from a thematic analysis. This process emerged an analytical category: Sexual Scripts and vulnerability to STI adolescents in residential care situation; with two subcategories: Sexuality of adolescents in residential care situation; Sexual health of adolescents in residential care situation. In the first category, we identified the characteristics of their interpersonal relationships, perceptions as loss of virginity and his body and homosexual experiences. In the second subcategory emerged narratives of experience of sexual violence and prostitution, gender issues (difficulty of trading), the use of contraception to prevent future pregnancies, limited knowledge on exposure to STI and care needed to protect themselves from same. The survey found that knowing the sexual scripts and adolescent vulnerability dimensions in the host state to STI revealed that are fundamental issues to be incorporated in the care of these adolescents, with a view to prevention of STI and sexual health promotion and empowerment these young people.

Keywords: Sexual Health. Teenager institutionalized. Sexual scripts. Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
Aids	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i> (sigla em inglês de Síndrome da imunodeficiência adquirida)
AZT	Azidotimidina
CFM	Conselho Federal de Medicina
Claves	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DCA	Direitos da Criança e do Adolescente
DEMI	Departamento Materno-Infantil
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENF	Faculdade de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
FNCA	Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente
FUNABEM	Fundação do Bem Estar do Menor
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (sigla em inglês de Vírus da imunodeficiência humana)
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i> (sigla em inglês de Vírus do papiloma humano)
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MCA	Módulo Criança e Adolescente
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PMA	Projeto Mães Adolescentes
PNBEM	Política Nacional do Bem Estar do Menor

PPGENF	Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
SAM	Serviço de Assistência a Menores
SICLOM	Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAJUVE	Sistema Nacional de Juventude
SINAN	Serviço de Informação de Agravos de Notificação
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Unicef	<i>United Nations Children's Fund</i> (sigla em inglês de Fundo das Nações Unidas para a Infância)
Unirio	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i> (sigla em inglês do exame para identificar pacientes com sífilis)

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1	BASES CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS	24
1.1	A institucionalização de adolescentes no Brasil	24
1.1.1	<u>Contexto histórico da institucionalização</u>	24
1.1.2	<u>Acolhimento Institucional na atualidade</u>	32
1.2	O contexto das IST na saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional	35
1.2.1	<u>Panorama das IST</u>	35
1.2.2	<u>As IST na saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional</u>	42
2	REFERENCIAL TEÓRICO	48
2.1	A Teoria Social dos Roteiros Sexuais de Gagnon e Simon	48
2.2	Dimensões conceituais de vulnerabilidade em saúde – José Ricardo Ayres	52
3	CAMINHO METODOLÓGICO	60
3.1	Caracterização do Estudo	60
3.2	Referencial Teórico-Metodológico de Daniel Bertaux	61
3.2.1	<u>O método Narrativa de Vida</u>	61
3.2.2	<u>A perspectiva etnossociológica e aspectos éticos da pesquisa</u>	63
3.3	Cenário	65
3.4	Participantes do Estudo	68
3.5	Produção de Dados: coleta das narrativas	73
3.6	Análise das Narrativas	76
4	ROTEIROS SEXUAIS E A VULNERABILIDADE ÀS IST DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	80
4.1	Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento institucional	81
4.2	Saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional	92
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	113

APÊNDICE A - Termo de Assentimento para as adolescentes em situação de acolhimento institucional	134
APÊNDICE B – Entrevista com as adolescentes em situação de acolhimento institucional	137
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (CEP SMSDC-RJ)	138

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem por objeto de estudo **a vulnerabilidade às IST de adolescentes do sexo feminino em situação de acolhimento institucional.**

No decorrer da minha formação e profissionalização em enfermagem, venho trabalhando com grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, tais como adolescentes grávidas (graduação) e mulheres em situação de violência sexual (mestrado). Somando a isso e refletindo sobre a minha trajetória profissional, identifiquei que o adolescente sempre instigou minha admiração e curiosidade.

Desde a minha graduação estive engajada em projetos de pesquisas que tinham como interesse de estudo mulheres em situações peculiares de vida. Nesses estudos, questões de gênero, relações submissas e violentas e os projetos de vida modificados por situações não planejadas estiveram sempre presentes em minha vivência na área acadêmica e de pesquisa.

Dentro desses contextos a adolescência sempre me intrigou no que diz respeito as atitudes e comportamentos peculiares dessa fase da vida e sobre seu cuidado à saúde, porém por outras questões acabei desenvolvendo pesquisas com mulheres adultas em situação de violência.

Em 2004, no período de desenvolvimento do Curso de especialização em Enfermagem Obstétrica tive a oportunidade de aprender as diferentes formas de ver, entender e assistir a mulher com a preocupação de respeitar seus direitos auxiliá-la a se ‘empoderar’ de seu corpo, compreender seu contexto, seus anseios e desejos. Compreendi o importante papel da enfermagem como rede de apoio no empoderamento das mulheres num contexto sociocultural de submissão ao poder social masculino.

Em 2009, iniciei o Curso de Mestrado no qual tinha como objeto de pesquisa a resiliência de mulheres adultas após vivenciarem violência sexual. Contudo, com a oportunidade de acompanhar as consultas de enfermagem de pessoas com história de violência sexual desenvolvidas em um hospital do Rio de Janeiro, pude participar de inúmeras atividades com adolescentes que tiveram essa vivência. Intrigada com algumas questões que envolviam a saúde do adolescente, em 2010, ingressei no grupo de pesquisa “Gênero, Poder e Violência em Saúde e Enfermagem” do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - DEMI/ENF/UERJ. Neste tive a oportunidade de participar de uma pesquisa cujo objeto era focado em adolescentes, onde

pude compreender e aprofundar, especificamente sobre o contexto da maternidade em adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Com a pesquisa, tive a oportunidade de embrenhar nas leituras sobre contexto da adolescência, suas dúvidas, indagações, riscos, medos, angustias, ansiedades e transformações particulares à essa etapa da vida.

Particularmente, considerando a realidade das adolescentes participantes da pesquisa supracitada, pude compreender aspectos pertinentes ao contexto de uma unidade pública de acolhimento para adolescentes, suas histórias e sua característica social.

Nessa experiência, mais uma vez me vi com vários questionamentos e motivada em encontrar as respostas para eles, principalmente quanto a saúde sexual destas adolescentes; as medidas protetivas para infecções sexualmente transmissíveis (IST), particularmente em adolescentes em situação de acolhimento institucional, e seus conhecimentos acerca dos serviços públicos que favoreçam essa proteção.

No ano 2012, ainda integrando o grupo de pesquisa, iniciamos um estudo (“Saúde reprodutiva e sexual das adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial” aprovado no EDITAL MCTI/CNPq nº 014/2012 – Universal – Seleção pública de propostas para apoio a projetos de pesquisa) sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo feminino em situação de vulnerabilidade psicossocial, dando subsídios para minha pesquisa do doutorado, iniciado no mesmo ano. Entretanto, o foco principal desta pesquisa são as adolescentes em situação de acolhimento institucional e seus contextos de vulnerabilidade às IST.

É sabido que a adolescência é uma fase da vida onde acontecem importantes transformações biológicas, psíquicas e sociais. Nesta etapa da vida, a sexualidade é a manifestação de maior repercussão pessoal, familiar e social, sendo uma manifestação psicoafetiva de caráter individual e social que não envolve somente características biológicas, mas também aspectos que são diretamente influenciados pelos preceitos e valores sociais (BRASIL, 1996). Ela é elemento signficante na formação da identidade do adolescente, sendo manifestada por diferentes identificações, dentre elas a conduta sexual.

As mudanças corporais constituem-se para as adolescentes uma etapa na vida bastante delicada. O corpo mais uma vez se reconfigura com outras formas, envolvendo, além das formas aparentes, modos de funcionar, relacionar, produzir e pensar¹.

A construção da sexualidade das adolescentes sofre influência da família, da sociedade e de seus companheiros/grupos. O núcleo familiar é normalmente o espaço onde o adolescente inicia o processo de transformação e onde formam suas primeiras opiniões². Já a

sociedade interfere na sexualidade e no comportamento sexual dos jovens, principalmente, com as normas e valores que rege a questão de gênero. A iniciação sexual dos jovens é entendida socialmente como uma passagem para a vida adulta, porém vivenciada de forma diferente entre os meninos e as meninas. De um lado, a menina, geralmente, tem a visão romântica, onde o amor é o principal fator motivacional nas relações e sua responsabilidade está na prevenção de uma gravidez não planejada, ou seja, na saúde reprodutiva. E do outro lado, os meninos que valorizam a atração física e a necessidade de reafirmar sua masculinidade, sendo de sua responsabilidade o uso ou não do preservativo na relação^{3,4}.

No que diz respeito a influência dos companheiros/grupo, estes podem ser considerados como importantes atores influenciadores do comportamento, inclusive sexual, das adolescentes. Estes têm, em outros adolescentes, fontes de referência por se encontrarem na mesma situação, proporcionando, com isso, empatia e acolhimento no “grupo de iguais”^{4,5,6}.

Os principais problemas de saúde das adolescentes vêm do exercício sexual genital; entre eles: a gravidez não planejada, as complicações da gestação, do parto e do puerpério, a violência sexual, as IST^{7,8}. No período de 2000 a 2006, foram notificados no Serviço de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 19.793 casos de Aids no grupo de 13 a 24 anos, correspondendo a 80% dos casos identificados no Brasil⁹. Em 2009, 41% das novas infecções por HIV (sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana) deu-se em pessoas com idades entre 15 e 24 anos. Acrescido a isso, neste mesmo ano, cerca de 5 milhões de jovens nessa faixa etária já viviam com o HIV, onde 60% desses jovens correspondiam ao sexo feminino. Atualmente, estima-se que 2500 jovens são infectados diariamente com o HIV¹⁰.

As instâncias políticas internacionais e nacionais cientes dessas questões que envolvem a saúde de adolescentes e jovens vêm investindo cada vez mais em propostas assistenciais voltadas para essa parcela da população.

Entendendo o adolescente como sujeito de direito, a comunidade internacional, desde 1948, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, vem realizando inúmeras convenções que estabelecem estatutos de cooperação e mecanismos de controle a fim de assegurar os direitos básicos para uma vida digna e o respeito e garantia ao exercício da cidadania de todas as parcelas da população¹¹.

Em 1966, nos Pactos Internacionais de Direitos Cívicos e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, foi reconhecido, dentre outros, o direito da criança e do adolescente a obter proteção especial do Estado, da família e da sociedade, onde os estados-

partes devem: “...adotar medidas especiais de proteção e assistência em prol de todas as crianças e adolescentes, sem distinção alguma por motivo de filiação ou qualquer outra condição”¹¹.

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, onde introduziu como normativa das ações: o valor da criança e do adolescente como seres humanos e como sujeitos de direitos; o respeito a sua condição de pessoa em desenvolvimento; e sua prioridade nas políticas públicas¹¹.

Em relação ao contexto nacional, a Constituição Federal de 1988 representou um importante marco jurídico dos direitos humanos. Reconheceu todas as crianças e todos os adolescentes como seres iguais perante a lei e como sujeitos de direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade¹².

Com esta concepção de sujeito de direito e compreendendo que a promoção à saúde é fundamental para o desenvolvimento dos adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria 980/GM, em dezembro de 1989, o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD. As ações propostas pelo PROSAD fundamentam-se nos princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade de ações à saúde do adolescente¹³.

Nos anos 90, ocorreu o reordenamento jurídico e institucional dos parâmetros constitucionais e internacionais, destacando-se a aprovação das seguintes leis: Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA¹⁴; Lei Orgânica da Saúde¹⁵; Lei Orgânica da Assistência Social¹⁶; e Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira¹⁷.

Esses marcos conceituais e legais das políticas públicas vêm instrumentalizar e proporcionar uma articulação eficaz e eficiente das instituições que assistem as crianças e os adolescentes e permitir o desenvolvimento de programas e ações que atendam realmente as necessidades dessa parcela da população, sem violar seus direitos humanos.

O ECA, em seu art. 3º, aponta que toda criança e adolescente gozam de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, sem prejuízo de sua proteção integral, assegurando-lhes todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes possibilitar desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social^{11,14}. Esta lei regulamenta, ainda, o art. 227 da Constituição Federal que diz que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, dentre inúmeros direitos, o direito à saúde, além de proteger-lhes de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão¹¹. O ECA destaca, ainda, a importância do fortalecimento e da ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias ou inclusivas como estratégias para a redução de riscos e agravos à saúde dos jovens. Em seu art. 11 destaca que deve ser assegurado atendimento integral à saúde da

criança e do adolescente, garantindo acesso às ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação¹⁴.

Acrescido a isso, as Leis Orgânicas da Saúde vêm reforçar e regulamentar o direito à saúde para todos. Evidencia, também, a importância da prevenção e promoção à saúde para crianças e adolescentes, onde deve atentar para os projetos de vida e os contextos socioculturais e econômicos que eles estão inseridos, não utilizando como campo de articulação somente as escolas, mas também outras redes que atendem e/ou acolhem esses jovens¹⁸.

Em 2007, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, baseada nos princípios das Leis Orgânicas da Saúde, onde se reconheceu que os adolescentes e jovens demandam atenção especial em relação às suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais¹⁸.

A reformulação das diretrizes educacionais, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, harmonizou-se com as novas diretrizes da saúde, onde incluiu o tema Educação para a Saúde, especialmente as questões da saúde sexual e reprodutiva, nos currículos nacionais, a fim de refletir sobre estratégias de reduzir a gravidez não planejada e as doenças sexualmente transmissíveis na adolescência¹⁷.

Logo, como se pode perceber, o direito à saúde constitui direito humano fundamental, idealizado numa perspectiva integradora dos direitos individuais e coletivos, incluído aqui as crianças e os adolescentes. Em se tratando dos direitos sexuais e reprodutivos, estes também constituem direitos humanos fundamentais já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais. A saúde sexual e reprodutiva “insere-se como condição para a qualidade de vida, o bem-estar físico, psicológico, social, e para satisfação e prazer”¹⁹.

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, desenvolvido em Cairo em 1994, introduziu o conceito de direitos reprodutivos e incluiu os adolescentes como parcela da população que devem ser alcançados pelos programas e políticas públicas¹¹. Em 1999 esse Plano de Ação foi revisto pela ONU, onde foi incluído o direito dos adolescentes “à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual nas escolas, à informação e assistência à saúde reprodutiva”¹¹.

Em junho de 2003, o Comitê de Direitos da Criança traçou recomendações específicas sobre o direito à saúde dos adolescentes, referindo-se grande parte das recomendações à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Nesta recomendação afirma-se que para alcançar a melhoria na qualidade de prevenção, assistência e promoção da saúde dos adolescentes é preciso garantir a estes, dentre inúmeros direitos no serviço de saúde, o acesso independente do

assentimento ou presença de seus responsáveis e o direito do adolescente não ser discriminado em razão de sua situação social e/ou local de moradia¹¹.

Nas instâncias nacionais têm-se algumas leis que garantem os direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes, seja diretamente voltada à essa parcela da população, seja indiretamente quando abarca mulheres independentes da faixa etária, sendo elas: a Lei nº 6.202/1975²⁰ - que estabeleceu o direito da gestante estudante a receber o conteúdo escolar em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses pós-parto; a Constituição Brasileira¹² que garante a licença maternidade e a licença paternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, e o direito ao salário família; a Lei nº 9.263/1996²¹ que trata do planejamento familiar, onde os direitos reprodutivos foram desvinculados de qualquer controle de natalidade e garante a todos, inclusive adolescentes e jovens, o direito a receber educação sexual e reprodutiva e ter acesso às ações e serviços que os auxiliem a respeito da sexualidade de forma positiva, autônoma e responsável, adotando, com isso, comportamentos de prevenção e cuidado pessoal.

Em relação ao controle de infecções sexualmente transmissíveis tem-se: o Ofício CFM nº 2.797/1998²², do Conselho Federal de Medicina que veio atender uma solicitação do Ministério da Saúde, recomendando algumas ações necessárias para a realização e entrega dos exames anti-HIV para crianças e adolescentes; o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas²³, criado em 2003, que visa promover a integração da escola e das unidades de saúde, disponibilizando camisinhas na escola e oferecendo educação continuada aos professores, profissionais de saúde e jovens multiplicadores sobre sexualidade, vulnerabilidade e prevenção às IST/Aids; o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST²⁴, de 2007, que tem como objetivo principal enfrentar a feminização da epidemia do HIV/Aids e outras IST através da redução das situações de vulnerabilidades que atingem as mulheres, utilizando para isso políticas de prevenção, promoção e atenção integral; o documento Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids²⁵, de 2013, que pretende qualificar a atuação dos profissionais da saúde e auxiliar na identificação da importância em oferecer uma assistência integral aos adolescentes e jovens que vivem com HIV e Aids.

Outra medida que assiste as adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva, é a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, de 2012, que regulamentou o atendimento ao aborto legal em casos de violência sexual por meio do Sistema Único de Saúde²⁶. Essa Norma prevê a autorização do responsável legal da adolescente nos casos de aborto. Entretanto, nas situações

de divergência entre a adolescente e o responsável, deve prevalecer à vontade da adolescente e o Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e Juventude deve ser comunicado para solucionar esse impasse.

No campo do Código Penal Brasileiro²⁷, os crimes contra a liberdade sexual e integridade física da pessoa tem a pena agravada quando a vítima tiver idade de 14 a 21 anos. E é julgado crime qualquer ato sexual com menores de 14 anos.

Embora seja possível identificar inúmeras conquistas nas ações à saúde para os adolescentes, principalmente a saúde sexual e reprodutiva, as abordagens educativas voltadas à saúde sexual ainda, classificam as condutas sexuais em “certas” e “erradas”, atuam em estratégias para mudar as condutas “erradas” e não incorporaram os contextos socioculturais em que os adolescentes estão inseridos nas ações educativas.

As políticas e programas de saúde voltados para esse público nem sempre consideram que a sexualidade é parte fundamental do desenvolvimento humano e não incluem, nas intervenções de saúde sexual e reprodutiva, os conceitos de amor, emoções, intimidade e desejo¹⁸. A sexualidade, histórica e culturalmente em nossa sociedade, é normatizada em suas possibilidades de vivências e experiências, devido aos mitos, tabus, preconceitos, relações de poder, ou seja, as questões de gênero permeiam as questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva. Nessa perspectiva, é fato que a adolescência em muitas situações ainda é rotulada como uma fase do desenvolvimento humano problemática, onde o adolescente é visto como um risco constante. São identificados como “protagonistas do exercício da sexualidade irresponsável” e importantes disseminadores das infecções sexualmente transmissíveis²⁸.

Logo, a crítica às ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens está na manutenção ou aumento das taxas de adolescentes acometidas por agravos a saúde sexual. Diante desta realidade, aponta-se que, para promover de fato a proteção na saúde sexual das adolescentes, é preciso considerar que os problemas de saúde possuem componentes interrelacionados que não podem ser tratados isoladamente¹⁹. É necessário utilizar estratégias de intervenções que não se preocupem somente em definir condutas corretas para todas as adolescentes, mas sim criar oportunidades para reflexão e interação dialógica entre esses atores sociais e seus respectivos contextos.

No que diz respeito às adolescentes em situação de acolhimento institucional, elas não fogem dos rótulos comuns a qualquer adolescente, entretanto têm acrescido às suas características sociais o contexto de institucionalização que ao longo da história segregou e excluiu essa parcela da população. Acredita-se que os impulsos dessas adolescentes não

seguem critérios devido à ausência de repressões e às transformações da adolescência vivenciadas de forma mais conturbada e desestruturada, regida por leis e valores próprios^{29,30,31,32}.

As adolescentes em situação de acolhimento institucional, devido às situações de desagregação familiar, autoestima baixa, relações sexuais desprotegidas, exposição à violência, comercialização das relações sexuais para sobrevivência, uso de drogas lícitas e ilícitas, ficam expostas a inúmeras situações de vulnerabilidade, dentre elas a vulnerabilidade à saúde sexual e reprodutiva^{31,33,34,35}. Esta por sua vez traz consequências negativas à saúde como risco aumentado de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, abortos, complicações no parto e puerpério, complicações ginecológicas³³. Estas questões, por conseguinte, tornam-se elementos preponderantes na manutenção e/ou reprodução do ciclo de pobreza, uma vez que se torna um empecilho à adolescente continuar seus estudos, ingressar no mercado de trabalho, ter sua subsistência mantida pela família, acarretando uma dificuldade na construção de uma vida mais digna^{18,28}.

De acordo com o levantamento realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social junto com a Fundação Oswaldo Cruz, em 2010 existiam 36.929 crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional distribuídos por 2.624 abrigos no país, apresentando como maior motivo para esse acolhimento a negligência da família, totalizando 37,6% das causas³⁶.

Visando assegurar a todos, inclusive as crianças e adolescentes carentes, existência digna e justiça social, assim como os direitos descritos pelo ECA e pelas Leis Orgânicas da Saúde, a Constituição de 1988 cria o direito à assistência social, amparando a quem dela necessitar. A assistência social realiza-se de forma integrada a todas as políticas sociais, visando enfrentar a pobreza, garantir os direitos sociais dos cidadãos e a universalização dos direitos sociais¹⁶. Reportando-se esse contexto social para as questões de saúde do adolescente, é sabido que a situação de pobreza reflete diretamente aos cuidados à saúde, aumentando a vulnerabilidade e retirando a possibilidade dos jovens de usufruir de uma vida digna¹¹. Diante disso, a assistência social rege-se por inúmeros princípios, dentre eles o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; a igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza¹⁶.

No Brasil é fundamental avançar cada vez mais com as políticas públicas para o atendimento juvenil numa perspectiva mais ampla. É preciso que as ações não sejam

unicamente clínicas, mas pautadas na autonomia e nos direitos dos adolescentes, inclusive os que têm as unidades de acolhimento como lares.

Diante desta proposta, o ECA¹⁴ determina que a unidade de acolhimento (abrigo), por constituir um espaço de desenvolvimento das crianças e adolescentes acolhidos, desenvolva práticas de cuidado à saúde desses adolescentes que assegurem seus direitos e favoreçam sua cidadania. Logo, as unidades de acolhimento, que se caracterizam por instituições facilitadoras do processo de reinserção social, devem configurar cenários propícios para o processo educativo crítico e transformador. Nestas unidades, a jovem adolescente deve adquirir conhecimentos para desenvolver suas habilidades para a vida e estar motivada a atuar de maneira que promova sua saúde e seu desenvolvimento³⁷.

Diante destes sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento e da violação de seus direitos básicos, é necessário reajustarmos o foco na busca de ampliar a visão e o compromisso técnico e institucional dos profissionais envolvidos em intervenções nessa área³⁷.

A vulnerabilidade das adolescentes em situação de acolhimento institucional transcende questões individuais, ligam-se as práticas sociais e programáticas. Embora estudos^{11,38,39} afirmem que existe um esforço, por parte dos profissionais das unidades de acolhimento para a realização de iniciativas que favoreçam a inserção social, tanto na perspectiva da adolescente como da própria sociedade, o que ainda se observa nas unidades de acolhimento e nas conversas com os profissionais que ali trabalham, é a persistência de uma educação tradicional, imersa em valores preconceituosos. Os profissionais das instituições de acolhimento (assistentes sociais, psicólogos, educadores) em seu cotidiano tentam promover um cuidado dialógico, porém a desigualdade de informações, valores e preceitos nas relações com as adolescentes imobilizam suas ações, sentindo-se, com isso, incapazes de atuar como facilitadores para uma mudança^{38,40}. Basicamente, os esforços dos profissionais em atender as demandas da saúde sexual das adolescentes ainda se limitam na marcação de consultas ginecológicas e/ou de pré-natal em unidades básicas de saúde que são referências da instituição de acolhimento^{38,40}.

Nesse estudo, focaremos a atenção nas adolescentes do sexo feminino que, acrescido ao contexto supracitado, tem-se as questões de gênero que também estão presentes. O gênero é uma construção sociocultural desigual entre mulheres e homens, meninas e meninos, onde estes desempenham papéis sociais diferenciados historicamente estruturados, criando contextos de dominação e submissão^{41,42}.

Em pesquisa⁴³ realizada sobre questões envolvendo a saúde reprodutiva de adolescentes em situação de acolhimento institucional, identificou-se importantes questões de gênero que permeiam a saúde sexual e reprodutiva das mesmas. Verificou-se que nesse contexto a submissão feminina e os valores patriarcais também estão presentes. Nos relacionamentos, os meninos preocupam-se em reforçar a virilidade masculina, sendo descompromissados, objetivos e responsáveis pelo uso ou não de medidas protetivas às IST. Já entre as meninas, o romantismo está presente no exercício da sexualidade, apresentando dificuldade no diálogo sobre o uso de preservativo, devido ao medo da desconfiança do parceiro ou da vivência de alguma violência como punição à alguma suposta traição⁴³.

Todas essas constatações levaram a reflexão sobre a necessidade de aprofundar a concepção de vulnerabilidade à saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional. Assim, o estudo da vulnerabilidade nas condutas sexuais favorece a compreensão das formas pelas quais as adolescentes e suas coletividades se expõem ou contribuem para um determinado contexto vulnerável às IST. Vale apontar que as condutas sexuais referidas anteriormente, são entendidas pela pesquisadora como atividades ou atitudes sexuais que refletem os contextos sócio-político-culturais em que as adolescentes estão inseridas, ou seja, os roteiros (os guias) sexuais que estas seguem afim de atender aos anseios de uma comunidade ou grupo. E por vulnerabilidade, a possibilidade de adquirir IST como resultado de aspectos individuais, sociais e programáticos de seus roteiros sexuais.

Esta pesquisa se propõe, então, a aprofundar estes três aspectos determinantes da vulnerabilidade⁴⁴: 1) a dimensão individual - que engloba o grau e qualidade da informação que o indivíduo possui; a intenção deste em adotar medidas de proteção; a aplicação de fato dessas medidas de proteção; 2) a dimensão social - os elementos sociais dizem respeito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer, aos meios de comunicação, às relações de gênero e normas sociais e as possibilidades de participação no planejamento e avaliação das políticas públicas; - a dimensão programática – destaca os recursos sociais, especificamente os programas nacionais, estaduais e municipais, que facilitam e oferecem informações, insumos e materiais importantes para garantir a promoção e prevenção à saúde⁴⁴.

Compreender o contexto de vulnerabilidade em que o indivíduo está exposto é aprofundar em suas raízes sociais; é potencializar a mobilização do indivíduo, grupo ou população; e é favorecer a transdisciplinaridade e intersetorialidade na prevenção e promoção à saúde⁴⁴. Esta perspectiva parece favorecer o aprofundamento dos aspectos referentes a vulnerabilidade às IST de adolescentes do sexo feminino em situação de acolhimento institucional.

Este trabalho pretende contribuir no âmbito da área de ensino e assistência, para a construção de atualizados e/ou novos conhecimentos sobre a dinâmica comportamental relacionada à saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional. Na medida em que se compreende tal dinâmica é possível construir novos processos de cuidado que sejam elaborados em conjunto com tal grupo populacional, considerando principalmente sua condição de agentes ativos de mudanças e de promoção de sua saúde.

Além disso, a investigação propôs fornecer dados que ajudem a refletir e desenvolver novas tecnologias de cuidado a esta população, ampliando os horizontes de atuação da Enfermagem na perspectiva de um cuidado emancipatório para a cidadania. Busca, também, no campo da pesquisa, subsidiar futuras pesquisas sobre saúde dos adolescentes em situação de acolhimento institucional e fortalecer a linha de pesquisa “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ).

Questões norteadoras:

- a) Quais as condutas sexuais adotadas por adolescentes em situação de acolhimento institucional?
- b) Quais as dimensões de vulnerabilidade às IST presentes nas condutas sexuais das adolescentes em situação de acolhimento institucional?
- c) Quais as ações de prevenção e enfrentamento às IST que podem ser estabelecidas junto às adolescentes em situação de acolhimento institucional?

Pressupostos

A presente pesquisa se projetou em alguns pressupostos fundamentais. O primeiro deles foi o fato de as adolescentes estarem vivenciando essa fase da vida, comumente expostas às situações de vulnerabilidade às IST por possuírem como característica a necessidade de experimentar o novo e o desafiador e, por essa fase coincidir com o início das atividades sexuais. Acrescido a isso, as adolescentes em situação de acolhimento institucional

têm em seus contextos interpessoais valores e normas próprias que podem influenciar para a promoção e prevenção da saúde sexual e colocá-las em situação de vulnerabilidade.

O segundo pressuposto foi que as adolescentes em situação de acolhimento institucional, ao estarem temporariamente afastadas de seu núcleo familiar, têm como referência os profissionais da unidade de acolhimento e os outros adolescentes que se encontram em situação similar a elas. Com isso, as experiências vividas por esses adolescentes e os valores pessoais e disciplinares desses profissionais norteiam suas condutas sexuais, influenciando sobre a maior vulnerabilidade da sua saúde sexual.

O terceiro pressuposto foi que as adolescentes, por serem do sexo feminino, possuem uma exposição social aos agravos da saúde sexual. A saúde sexual é permeada por fortes questões de gênero, na qual as mulheres são, culturalmente e socialmente, responsabilizadas pelos cuidados da saúde reprodutiva e os homens da saúde sexual, e as medidas de proteção são realizadas ou não quando os homens desejarem. Devido à dificuldade de negociação e conversa sobre medidas de prevenção e promoção da saúde sexual, as mulheres ficam mais vulneráveis aos agravos da saúde sexual.

O quarto e último pressuposto foi a identificação de que os programas e políticas de saúde vêm ampliando a cobertura da atenção em saúde para as adolescentes, inclusive as que se encontram em situação de vulnerabilidade social, porém nem sempre esses adolescentes em situação de acolhimento institucional possuem adequada e/ou acessível assistência para sua saúde sexual que valorize as suas singularidades. A inadequada e/ou inacessibilidade a esses programas/ações ampliam a vulnerabilidade dessas adolescentes às IST

Diante dessas considerações e para alcançar a proposta deste estudo, os seguintes **objetivos** foram delineados:

OBJETIVOS:

- a) Descrever as condutas sexuais das adolescentes em situação de acolhimento institucional;
- b) Analisar as dimensões de vulnerabilidade às IST em adolescentes em situação de acolhimento institucional, considerando as condutas sexuais;
- c) Discutir ações de prevenção e enfrentamento das IST em adolescentes em situação de acolhimento institucional, segundo as dimensões de vulnerabilidade.

1 BASES CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS

1.1 A institucionalização de adolescentes no Brasil

1.1.1 Contexto histórico da institucionalização

A infância foi tratada, no decorrer dos tempos, de diferentes formas e importância, onde as relações com a família, a Igreja, o Estado e a sociedade transmitiram valores morais, religiosos e culturais que reproduziram papéis sociais de dominação e subjugação. O desvalor à criança e à adolescência está presente no Brasil desde 1500, com o seu descobrimento. Os portugueses buscaram, quando aqui chegaram, novas fronteiras e novos territórios para produzir riquezas, fazendo o que fosse preciso para isso.

Por conseguinte, uma das estratégias utilizadas pelos portugueses foi a catequização das crianças indígenas para assim transmitirem a cultura e a dominação europeia⁶. Com isso, muitas crianças foram afastadas de suas tribos.

Convertiam crianças e adolescentes ameríndias em futuros súditos dóceis do Estado português e, através delas, exerciam influência decisiva na conversão dos adultos às estruturas sociais e culturais recém importadas⁴⁵.

Entre 1550 e 1553 foram criadas as Casas de Muchachos, custeadas pela realeza portuguesa, na qual as crianças indígenas eram doutrinadas a seguirem os valores europeus⁴⁶. Essas casas eram ocupadas não só pelos indígenas, mas também por órfãos e enjeitados vindos de Portugal. Pode-se, com isso, dizer que essas casas foram as primeiras formas de institucionalização de crianças no Brasil, porém não com o objetivo de proteção⁴⁵.

Para alcançar a dominação do território, desenvolveu-se, no interior das reduções jesuíticas, um complexo e bem estruturado sistema educacional, cuja missão era submeter a infância ameríndia a uma intervenção, moldando-a de acordo com os padrões de seus tutores [...] a resistência à catequese era capitulada na lei portuguesa como motivo suficiente para o uso da força, mediante declaração de guerra justa⁴⁵.

Com o acarretamento da miséria, exploração, marginalização e as dificuldades para enquadrarem-se aos modelos europeus, muitas famílias começaram a abandonar seus filhos. Nos séculos XVI e XVII já existiam crianças brancas e mestiças nas ruas esmolando e vivendo nas matas ao redor das vilas⁶.

Foi apenas no século XVII que surgiram as primeiras instituições de proteção dessas crianças, chamadas Rodas dos Expostos, implantadas no Brasil pela Santa Casa de Misericórdia. Embora, tenham surgido decorrentes da preocupação do Rei com os elevados índices de mortalidade infantil, seu principal objetivo, devido a moral cristã dominante da época, era esconder a origem da criança e preservar a honra das famílias⁴⁵. Contudo, a ilegitimidade dos filhos só era aceita como motivo de abandono para as famílias socialmente bem-postas. Para os pobres a ilegitimidade não era considerada situação de desonra^{30,45}.

Entretanto, as crianças que permaneciam na Casa dos Expostos ficavam somente até os 7 anos de idade. Depois, eram colocadas à disposição do juiz que encaminhava a criança a alguma família que desejasse ou direcionava os meninos para servir a Marinha e as meninas para o Recolhimento das Órfãs, onde deveriam trabalhar por 7 anos gratuitamente. Somente depois desse tempo, poderiam sair e trabalhar para terceiros, recebendo pelos seus serviços^{30,45}. Devido às condições inadequadas de higiene, alimentação e cuidados em geral com as crianças, o índice de mortalidade na Casa dos Expostos chegou a, aproximadamente, 70% nos anos de 1852 e 1853 no Rio de Janeiro⁴⁵.

O sistema de Roda dos Expostos evitou que inúmeras crianças fossem largadas nas ruas, porém sua dinâmica de funcionamento trazia um incentivo ao abandono devido a facilidade em deixar as crianças aos cuidados da instituição.

A partir do século XIX, as ações de misericórdia às crianças sofreram mudanças, acarretando gradativa perda de autonomia, uma vez que o ensinamento religioso começou a ser questionado e a educação voltou-se ao progresso e civilização. Passou-se a valorizar os ensinamentos voltados a industrialização aos meninos e educação doméstica às meninas a fim de prepara-los para ocupar seu espaço na sociedade^{32,45}.

Nessa época, as fábricas careciam de grande número de mão de obra e as crianças e adolescentes passaram a ser amplamente empregados através de recrutamento nas instituições, trabalhando com carga horária similar à dos adultos e com salários irrisórios, evidenciando claramente uma exploração do trabalho infanto-juvenil^{29,32}. A justificativa dos empregadores pautava-se na retirada dessas crianças e adolescentes das ruas, da ociosidade e da criminalidade, em troca de uma ocupação socialmente útil.

Somado a isso, os asilos existentes até então não recebiam meninos e meninas incriminados pela Justiça, exigindo que o Estado criasse instituições públicas de recolhimento. Já no século XX, especificamente em 1921, a lei nº 4.242, autoriza a criação pelo Estado de abrigos destinados ao acolhimento provisório dos meninos e meninas

abandonados ou que tivessem cometido algum tipo de delito⁶. Com tudo, as leis e diretrizes de funcionamento ainda eram ministradas por um juiz.

Nesse momento, os menores pobres e potencialmente perigosos começaram, então, a receber assistência reformadora por parte do Estado, tornando as instituições de reclusão principais instrumentos assistenciais da época. As ações caracterizavam-se pela intenção de controle social da parcela da sociedade que oferecia risco ao processo de higienização, urbanização e reordenamento das cidades^{29,45}.

Em 1924, atendendo as determinações da Lei nº 4.242/21 e influenciado pela Declaração de Genebra, criou-se o Juízo Privativo de Menores Abandonados e Delinquentes, o qual, posteriormente, em 1927, constituiu o Código de Menores, consolidando com isso as leis de proteção e assistência aos menores⁴⁷. Nesse código, os menores foram divididos em abandonados e delinquentes e tipificados em vadios, mendigos e libertinos. Determinou que a unidade institucional seria subordinada aos juízes de menores, os quais eram responsáveis tanto pelo encaminhamento dos menores quanto o provimento dos cargos de funcionários⁴⁸. Com este Código, o Estado sobrepõe-se à família, atribuindo para si a tutela dos órfãos, dos abandonados e dos pais ausentes ou incapazes. O Estado passa a exercer vigilância de autoridade pública, visando garantir proteção aos desvalidos e classificando as famílias pobres como incapazes de cuidar e educar dos seus filhos^{32,47}. Tais condutas foram rapidamente aceitas pela sociedade e vista pelas famílias das camadas pobres como uma possibilidade de seus filhos serem bem cuidados e receberem educação, trazendo conforto para todos⁴⁷.

Em 1941, no governo Getúlio Vargas, devido a situação generalizada de pobreza, o reconhecimento da infância pobre como um problema social e na tentativa de manter a ordem social, foi criado, entre outros serviços, o Serviço de Assistência a Menores (SAM)^{30,47}. Neste momento, o Estado passou a responsabilizar-se por fazer o estudo e as formas de tratamento voltadas aos menores, objetivando com isso a defesa da nação³⁰. Foi com a implantação do SAM que se criou uma política de proteção à infância, adolescência e à maternidade. Seu atendimento era voltado às crianças e à família desvalidos, porém, tal objetivo não foi alcançado e suas ações voltaram-se ao atendimento aos delinquentes e o SAM passou a ser considerado como “escola para o crime”^{30,32,47}. O SAM teve sua atuação marcada pela corrupção e maus tratos aos acolhidos, acarretando no surgimento de movimentos organizados que criticavam suas ações e exigiam do governo a criação de um novo modelo institucional.

Com isso, em 1964, no auge da ditadura, os militares mostraram-se aptos a dar uma resposta aos movimentos organizados e resolver os problemas das crianças e adolescentes

pobres e infratores e criaram a Política Nacional do Bem Estar do Menor (PNBEM) e a Fundação do Bem Estar do Menor (FUNABEM) como proposta de substituição ao SAM⁴⁷. Pela Política Nacional do Bem Estar do Menor a criança e o adolescente desvalido teriam assegurados programas de integração com a sociedade. Além disso, essa Política incentivava a criação de instituições que possibilitasse a aproximação com a vida familiar e identificava que o internamento deveria se restringir somente aos casos em que não era possível oferecer unidades institucionais deste tipo ou por decisão judicial^{29,47}. A FUNABEM tinha como objetivos: estudar o problema do abandono, planejar soluções, orientar, coordenar e fiscalizar as entidades de acolhimento^{29,30}. Em pouco tempo, viu-se que as diretrizes traçadas não seriam concretizadas em razão da estrutura centralizadora e da permanência dos tratamentos tradicionais, onde as crianças e adolescentes eram segregados e vivenciavam repressões^{6,30,49}.

Após longo período de movimentação e debates no meio jurídico, em 1979, o Código de Menores de 1927 foi substituído por um novo Código de Menores. Este Código ratificou a noção do menor em situação irregular, não ampliando o entendimento para todas as crianças e adolescentes. Além disso, ampliou o poder dos juízes de menores, onde este era competente para intervir quando detectava uma irregularidade, desde privação material, negligência e omissão dos pais, até a prática criminal^{29,47}. Em relação ao papel da FUNABEM, este novo Código, estabelecia que ela deveria adotar medidas de prevenção ou correção das causas dos desajustamentos das crianças, dos adolescentes e das famílias⁴⁷.

Os jovens nesta época ainda eram institucionalizados em complexos isolados e distantes da vida urbana, onde suas estruturas dificultavam o contato com o meio externo e disponibilizavam em seu interior todos os serviços para que não fosse preciso sua saída da instituição^{29,30,47}. Somado a isso, seu modelo de funcionamento era baseado na divisão por gênero e idade, onde irmãos e parentes eram separados^{30,47}. Esse período foi marcado por superlotação das instituições e pelas constantes fugas dos internos.

Todavia, destacou-se, nos anos 1970, três iniciativas importantes para a reestruturação e reformulação do pensamento da sociedade no que diz respeito às crianças e aos adolescentes, são elas: a Pastoral do Menor que disseminou a ideia de que as crianças e os adolescentes eram “sujeitos da história” e adotou ações no âmbito da assistência integral à gestante, incentivo ao aleitamento materno e à prevenção de IST e Aids, tornando-se a instituição mais importante desse movimento em defesa das crianças e dos adolescentes; a realização do Ano Internacional da Criança, configurando-se como contexto importante para o fortalecimento e ampliação das ações da Unicef (Fundação das Nações Unidas para a

Infância); e a criação do Movimento de Defesa do Menor em São Paulo, onde exerceu papel importante nas denúncias de maus-tratos e violência contra crianças^{6,30,47,48}.

A trajetória da institucionalização começa a tomar outros caminhos nos anos 80. Ocorreu o fim da ditadura militar e o início de movimentos populares em defesa dos direitos de cidadania, do poder local e da participação da administração pública⁶. Esses movimentos populares possibilitaram a criação do Fórum Permanente de Defesa da Criança e do Adolescente, onde era discutida, entre outras coisas, a inexistência de políticas públicas de assistência às crianças e adolescentes em situação de rua ou de abrigo⁶. Acrescido a isso, neste Fórum identificou-se que os problemas vivenciados pelas crianças e adolescentes pobres eram oriundos da má distribuição de renda e da desigualdade social, onde a falta de políticas públicas e de novas alternativas acarretou na institucionalização desse grupo^{32,45,47}.

As diversas mobilizações sociais possibilitaram a inclusão na Constituição de 1988 artigos específicos sobre a criança e o adolescente⁵⁰. Estes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e permitiu que fossem reconhecidos como indivíduos em peculiar estágio de desenvolvimento, necessitando, com isso, de proteção integral da família, da sociedade e do Estado^{32,51}.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão⁵⁰.

Seguindo essa proposta de reordenamento do país, foi promulgada em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, através da Lei nº 8.069/90¹⁴, tornando-se um novo marco no que diz respeito à criança e ao adolescente.

Neste momento, as instituições, antes conhecidas como orfanatos, educandários ou internatos, passam a ser denominadas de abrigos. Somado a isso, o ECA rompe com a assistência até então oferecida, onde as crianças e adolescentes, por tempo indeterminado, eram afastados das famílias e da comunidade^{6,30,52}. O abrigo passa a ser uma medida, de caráter provisório, de proteção às crianças e aos adolescentes que estão com seus direitos ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis, ou em decorrência da sua própria conduta³⁵. O ECA ampliou a cobertura dos direitos a serem cumpridos e as diretrizes a serem seguidas para todas as crianças e adolescentes, não só para os pobres e infratores.

Para isso, criaram-se dois Conselhos com o objetivo de fazer valer o cumprimento dos direitos da infância e da adolescência, são eles: o Conselho Municipal dos Direitos da Criança

e do Adolescente que é um órgão deliberativo e controlador das ações e onde ocorre a participação popular por meio dos movimentos sociais organizados; e o Conselho Tutelar que é um “órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos”³⁵. Somado a isso, em 1991, é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA)⁵³.

O CONANDA é a instância máxima na esfera federal no que diz respeito a formulação, deliberação e controle das políticas públicas para a criança e o adolescente⁵⁴ e é o órgão responsável pela efetivação dos direitos, princípios e diretrizes traçados pelo ECA^{53,55}. Tem como principais atribuições: fiscalizar as ações de promoção dos direitos das crianças e dos adolescentes realizadas por órgãos governamentais e não governamentais; definir as diretrizes para a criação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais, Distritais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares; estimular, apoiar e promover a manutenção de bancos de dados de crianças e adolescentes; construir indicadores e monitorar a política de atendimento à criança e ao adolescente; monitorar a elaboração e a execução do Orçamento da União em relação a execução de políticas de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente; convocar a Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; e regular o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente (FNCA)⁵⁶.

Cabe ao CONANDA formular as políticas públicas voltadas para garantir os direitos de crianças e adolescentes, estabelecendo com isso marcos referenciais para a sua operacionalização³⁵. Baseado nisso, o CONANDA, juntamente com a Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, elaborou a Política Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente que tem como princípios a universalidade dos direitos humanos com equidade e justiça; a igualdade e o direito à diversidade; a proteção integral da criança e do adolescente; a prioridade à criança e ao adolescente no socorro, proteção, cuidado e elaboração e execução de políticas públicas; o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direito; a descentralização político-administrativa; a participação popular organizada na formulação e no controle das políticas públicas de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente; e a intersetorialidade e o trabalho em rede para assistir crianças e adolescentes⁵⁵.

O FÓRUM DCA, é o principal articulador da sociedade civil que tem como missão garantir a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes através de proposição,

articulação e monitoramento da implementação do ECA^{53,55}. Além disso, realiza papel fundamental nas denúncias de omissão e transgressão dos direitos da criança e do adolescente.

Como se pode verificar, a Constituição de 1988 e o ECA proporcionaram mudanças no paradigma de cuidar e valorizar as crianças e os adolescentes, rompendo com a cultura de institucionalização massificada, corretiva e repressiva que perdurou por décadas. As leis, recomendações, resoluções que a eles se sucederam deram continuidade a essa preocupação e identificação da criança e do adolescente como sujeitos de direito que necessitam de proteção da família, da sociedade e do Estado. Destacam-se aqui algumas delas: a Resolução nº 54 de 29 de abril de 2008 que dispõe sobre a implantação e funcionamento do Cadastro Nacional de Adoção⁵⁶; a Lei nº 12.010 de 3 de agosto de 2009 que dispõe sobre adoção, altera as leis do ECA, revoga dispositivos do Código Civil e da CLT⁵⁷; a Recomendação nº 25 de 27 de outubro de 2009 que faz recomendações de inserção ao estudo e/ou atividades profissionalizantes de adolescentes em conflito com a lei ou sob a aplicação de medida de proteção⁵⁸; a Resolução nº 93 de 27 de outubro de 2009 que acrescenta e altera algumas medidas implementadas para o funcionamento do Cadastro Nacional de Adoção e cria o Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos⁵⁹; a Recomendação nº 08 de 7 de novembro de 2012 que dispõe sobre a colocação de criança e adolescente em família substitua por meio de guarda⁶⁰; o Provimento nº 32 de 24 de junho de 2013 que dispõe sobre as audiências concentradas⁶¹; a Lei nº 12.852 de 5 de agosto de 2013 que institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas para a juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE⁶².

Dentre estas, a Lei 12.010/2009 trouxe alterações importantes para o ECA, tais como: toda criança e adolescente em situação de acolhimento familiar ou institucional terá sua situação reavaliada a cada 6 meses; o tempo máximo da criança e do adolescente em programa de acolhimento é de 2 anos, salvo nos casos comprovados de extrema necessidade; preparação previa e gradativa da família substituta e seu acompanhamento posterior realizado por equipe interprofissional a serviço da Justiça da Infância e da Juventude⁵⁷.

No campo das políticas sociais, o ECA também influenciou e/ou colaborou na formulação de inúmeras políticas e programas nacionais. Vale salientar que pelo fato das crianças e adolescentes serem considerados sujeitos de direitos, as políticas destinadas as demais faixas etárias também oferecem cobertura a eles.

Destacam-se aqui algumas políticas ou programas nacionais voltados à criança e ao adolescente: o Sistema de Informações para Infância e Adolescência (1997)⁶³, que visa fortalecer os processos de elaboração, gestão e monitoramento de políticas, planos,

programas, projetos e outras iniciativas, promovendo a produção de conhecimentos e disseminando informações relacionadas à garantia de direitos da infância e adolescência; a Promoção de Direitos de Mulheres Jovens vulneráveis ao abuso sexual e à exploração sexual comercial no Brasil, em 1999, tendo como objetivo promover os direitos das jovens do sexo feminino, principalmente as que estão em situação de risco, visando eliminar a violência cometida contra elas⁶⁴; o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes⁶⁵, que oferece as diretrizes para a reestruturação de políticas, programas e serviços de enfrentamento à violência sexual, tendo como questão estruturante os direitos humanos sexuais da criança e do adolescente; o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro⁶⁶, em 2002, tem como meta incentivar os municípios a integrarem instituições e grupos em prol do enfrentamento da violência sexual; o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte⁶⁷, em 2003, tem suas atribuições ligadas à prevenção da violência letal dirigida contra crianças e adolescentes e à proteção de crianças e adolescentes que estejam ameaçadas de morte; o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE⁶⁸, em 2004, que tem como principal objetivo desenvolver uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos direitos humanos aos adolescentes em conflito com a lei.

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária⁶⁸, em 2006, que traça diretrizes para auxiliar os órgãos de assistência às crianças e adolescentes romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Neste Plano o termo adotado para se referir aos programas de abrigamento em entidades passa a ser “Acolhimento Institucional”, refletindo aqui uma preocupação em instrumentalizar esses espaços como promotores de um acolher no sentido mais profundo da palavra e valorizar o trabalho de investimento ao retorno à família de origem⁶⁸. Neste Plano, acolhimento é entendido como o ato de acolher e proteger, no qual o cuidar do outro passa para uma dimensão relacional entre o acolhido e o acolhedor, visando o resgate ou a promoção da família como um núcleo fundamental e saudável para o desenvolvimento do ser humano⁶⁹.

Têm-se também, o Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente⁷⁰, desenvolvido, em 2007, para reunir e acompanhar informações e indicadores sobre as políticas públicas focadas na redução da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. No mesmo ano, foram criados os Núcleos Locais de Participação Cidadã de Adolescentes⁷⁰,

que tem como objetivo promover ações de autocuidado e autoproteção frente aos diferentes tipos de violência e promover ações de formação de educadores, instituições, crianças e adolescentes na expectativa de fomentar sua participação nos espaços de elaboração, decisão e gestão das políticas públicas dirigidas à promoção, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Em 2010, foram desenvolvidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde⁷¹, que preconizam a atenção integral às crianças e aos adolescentes, considerando suas necessidades específicas, as características socioeconômicas e culturais da comunidade à qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião. Já em 2012, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei⁷², que tem como objetivo a implementação de mudanças significativas na realidade do atendimento de adolescentes que vivem privados de liberdade, contribuindo para o cumprimento dos compromissos firmados pelo SUS e pelos sistemas de garantias de direitos para a melhoria da qualidade de vida de todos os adolescentes. Em 2013, instituiu o Conselho Tutelar Referencial – Meu Lugar na Cidade⁷³, que tem como principal objetivo garantir um espaço seguro, acessível, confortável e adequado ao atendimento de crianças, adolescentes e seus familiares, ratificando a importância do Conselho enquanto um espaço de ação e articulação dos Direitos de Crianças e Adolescentes.

Tais políticas e programas demonstram o quanto as crianças e os adolescentes tiveram destaque nos últimos tempos nas ações governamentais, contudo muito ainda tem para ser feito e ser conquistado à essa parcela da população.

1.1.2 Acolhimento Institucional na atualidade

Como vimos anteriormente, as unidades de acolhimento, por muito tempo, foram entendidas pela sociedade e, principalmente pelas famílias carentes, como uma solução para a retirada de crianças e adolescentes das ruas. Entretanto, com a promulgação do ECA, essas unidades passaram a caracterizar-se por uma medida de proteção, excepcional e provisória, que visa garantir os direitos de crianças e adolescentes estabelecidas no artigo 101 do ECA.

O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade⁵⁷.

O acolhimento institucional “não pode ser um fim em si, mas um recurso a ser utilizado quando necessário”, ou seja, o afastamento da família só pode acontecer quando violados os direitos das crianças e dos adolescentes⁷⁴.

Baseado no ECA, essas unidades de acolhimento devem configurar-se como um espaço acolhedor e favorável para a realização de ações emancipatórias de cuidado, visando a ressignificação dos modos de viver e a garantia dos direitos como sujeitos cidadãos¹⁴. Devem ser compostos por profissionais que estejam engajados em realizar funções educativas, desempenhando, temporariamente, o papel da família. Estes profissionais educadores têm como responsabilidade manter ou resgatar autoconfiança, autoestima e os vínculos sociais e afetivos das crianças e dos adolescentes, visando instrumentalizá-los para identificar, pensar e agir diante os desafios do contexto social que está inserido⁴³.

Nesse sentido, o grande desafio para o sistema de proteção integral, que inclui as unidades de acolhimento, é oferecer uma assistência psicossocial eficaz com as crianças, adolescentes e suas famílias, a fim de diminuir o tempo de afastamento e permitir o retorno aos lares de forma segura quando permitido ou encaminhar para uma família substituta⁷⁵.

No artigo 92 do ECA¹⁴ são estabelecidos os princípios que devem ser perpetuados pelas unidades de acolhimento, sendo eles: preservação dos vínculos familiares; integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem; atendimento personalizado e em pequenos grupos; desenvolvimento de atividades em regime de coeducação; não desmembramento do grupo de irmãos; evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados; participação na vida da comunidade local; preparação gradativa para o desligamento; participação de pessoas da comunidade no processo educativo.

Entretanto, o município do Rio de Janeiro identificou que as unidades de acolhimento não possuíam uniformidade na implementação das diretrizes e ações preconizados pelo ECA. Com isso, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente- CMDCA –Rio deliberou, em 2001, a Política de Abrigo para Crianças e Adolescentes do Município do Rio de Janeiro que tem como principal meta a desinstitucionalização de crianças e adolescentes⁷⁶. Nesse sentido, a Política de Abrigo tem como objetivo estabelecer diretrizes de funcionamento para os abrigos sediados na cidade do Rio de Janeiro, em consonância com o ECA.

Além dos princípios norteadores, a Política aponta a composição da equipe profissional das unidades de acolhimento (corpo administrativo, educadores, serviços de

apoio, um profissional de nível superior da área de ciências humanas com experiência em criança e adolescente e outros profissionais necessários para o desenvolvimento de atividades específicas) e suas atribuições. Descreve também as responsabilidades institucionais da Secretaria Municipal de Educação, de Desenvolvimento Social, de Saúde, de Habitação, de Trabalho, de Cultura, de Esporte e Lazer, de Segurança Pública do Estado, do Conselho Tutelar, da Vara da Infância e Juventude, das ONG e do Juizado da 2ª Vara da Infância e Juventude, a fim de integrar todas essas ações e proporcionar o retorno ao convívio familiar e garantir os direitos de sujeitos cidadãos às crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro⁷⁶.

Um mapeamento nacional realizado nas 589 instituições de acolhimento do país no ano de 2004 pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) identificou mais de 20 mil crianças e adolescentes abrigadas, sendo a falta de recursos materiais o motivo mais frequente para a internação⁷⁷. Tal realidade se contradiz às propostas estabelecidas pelo ECA, onde a pobreza, por mais que favoreça a vulnerabilidade pessoal e social, não pode ser motivo para o afastamento familiar. A pesquisa destacou, ainda, o tempo de permanência nas unidades de acolhimento, revelando que 47,7% dos abrigados viviam nas instituições há mais de dois anos, enquanto 32,9% estavam por um período entre dois e cinco anos, 13,3%, entre seis e dez anos, e 6,4%, por mais de dez anos¹¹⁶. Esses longos períodos de afastamento da convivência familiar têm em sua grande maioria explicação na morosidade dos processos de reintegração familiar⁷⁸.

Somado a isso, há estudos que revelam impasses vivenciados nas unidades de acolhimento como a dificuldade em oferecer assistência preconizado no ECA e o despreparo dos profissionais em cuidar dos adolescentes^{38,79,80,81}. Assim, essas unidades encontram dificuldade em cumprir sua função protetora e favorecer a construção de sujeitos de direito, identificando ainda os adolescentes que estão em unidades de acolhimento como ‘pessoas problema’.

Diante deste cenário e a fim de impedir a reprodução da antiga política de institucionalização, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro desenvolveu, em 2007, o MCA – Módulo Criança e Adolescente. Este diz respeito a um cadastro *on-line* dos dados da unidade de acolhimento, assim como das crianças e adolescentes acolhidas nessas unidades e que tem como princípio: permitir a realização do diagnóstico das unidades de acolhimento e das crianças e adolescentes acolhidos no Estado do Rio de Janeiro. Dentre seus dados é fornecido, entre outros informes, a faixa etária das crianças e adolescentes, o tempo de acolhimento institucional, os motivos para este, o recebimento ou não de visitas, a existência

de processos que visam definir a situação jurídica e as medidas protetivas estabelecidas pelos órgãos de proteção à criança e ao adolescente⁸².

Em agosto de 2015, o Censo da população infanto-juvenil acolhida no Estado do Rio de Janeiro, fornecido pelo MCA, apontou um total de 206 unidades de acolhimento no Estado, 2081 crianças e adolescentes acolhidos, onde destes 795 tinham idade entre 13 a 18 anos, 387 eram do sexo feminino, 338 desses casos tiveram como motivo para o acolhimento institucional a negligência (motivo que mais levou as adolescentes do sexo feminino ao acolhimento institucional)⁸².

Logo, percebe-se que após 25 anos da promulgação do ECA ainda coexistem obstáculos que dificultam a implementação adequada e eficiente das políticas de proteção à criança e ao adolescente e a persistência das históricas entidades filantrópicas e as unidades direcionadas aos carentes abandonados, com medidas corretivas e pouco inclusivas socialmente.

1.2 O contexto das IST na saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional

1.2.1 Panorama das IST

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são infecções causadas por variados agentes infecciosos – vírus, fungos, bactérias e parasitas, transmitidas, principalmente, pelo contato sexual sem uso de preservativo com uma pessoa infectada e tendem a se manifestar com feridas, corrimento, bolhas ou verrugas, embora muitas vezes permaneçam assintomáticas. Destacam-se como IST: Sífilis, HIV (sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana), Hepatites Virais (B e C), Gonorréia, Cancro mole, Clamídia, Tricomoníase, Donovanose e HPV (sigla em inglês do vírus do papiloma humano).

As IST envolvem, além da sintomatologia orgânica, aspectos emocionais e sociais fortes, passando por importantes questões de gênero, sendo, em sua maioria, associada à promiscuidade, infidelidade e falta de autocuidado.

Elas são descritas desde a antiguidade. Nas primeiras civilizações era realizado o culto aos deuses e as deusas através, muitas vezes, de rituais de prostituição, sendo esse período

conhecido por intensa promiscuidade e sendo considerado fator determinante para o surgimento das IST. Nessa época eram denominadas de Doenças Venéreas, sendo uma referência a Vênus, deusa do amor⁸³.

Em 1494, na Europa, ocorreu um surto de Sífilis, quando a doença se espalhou rapidamente, matando mais de cinco milhões de pessoas. Nessa época em cada localidade recebia um nome diferente, mas, em 1536, foi publicado um poema médico em que o personagem de nome Sifilo contraiu a doença, passando assim a dar nome mundial a doença⁸⁴. No início do século XX, Shaudinn descreveu o agente causador da sífilis, uma bactéria chamada *Treponema pallidum* e, em seguida, o cientista Wassermann desenvolve o teste sanguíneo VDRL que é capaz de detectar a infecção⁸⁵. No caso da gonorreia, mesmo sendo descrita em passagens bíblicas, somente em 1879 teve seu agente causador identificado.

As doenças venéreas eram consideradas doenças incuráveis e seu tratamento se limitava a diminuir os sintomas. Contudo, em 1928, surgiram os antibióticos apresentando-se eficiente para o tratamento da sífilis e levando a uma redução importante dos casos.

Em meados dos anos 50, as IST retornaram e no início dos anos 60 assumiram características epidêmicas novamente. A partir desta época, progressivamente observou-se aumento na precocidade sexual, na frequência e variação de parceiros, uma evidência a homossexualidade e a descoberta e uso de pílulas anticoncepcionais para controle da natalidade, acarretando com isso um novo aumento nos casos das IST, principalmente entre a parcela jovem da população^{84,85}. Na década de 80, esse comportamento liberal foi questionado e repensado pela sociedade devido o surgimento da herpes genital e da Aids como doenças incuráveis. Esta última por sua vez se tornando uma pandemia⁸⁵.

Embora os primeiros casos de Aids datem do ano de 1977/78 nos EUA e em 1980 no Brasil, somente em 1982 o HIV foi definido e a doença classificada como Aids. Nesse mesmo ano foi identificada sua transmissão por via sanguínea e, temporariamente, utilizada, para identificar a doença, a denominação de ‘Doença dos 5H’ e, com isso, determinado os grupos de risco: Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuário de heroína), *Hookers* (profissionais do sexo)^{86,87}.

Contudo, essa classificação de grupo de risco não contribuiu na redução de casos de contaminação pelo HIV, levando, somente, a estigmatização e atitudes preconceituosas por parte da sociedade. Acrescido a isso, novos casos continuaram a ser identificados. Em 1983 foi notificado o primeiro caso de criança infectada pelo HIV e os primeiros relatos de transmissão heterossexual do vírus e de contaminação de profissionais de saúde⁸⁶.

Esses novos dados levaram os pesquisadores e instancias governamentais reverem as questões que envolviam a transmissão do vírus, e passaram a afirmar que eram as pessoas que tinham comportamentos que as expunham a um risco maior de contaminação pelo HIV e identificaram que a contaminação não se restringia somente aos “grupos de risco”. Logo, nesse momento foi apontado que a contaminação pelo vírus estava associada a comportamentos de risco. Contudo, esse modelo foi também criticado, uma vez que culpabilizava unicamente o indivíduo por não ter realizado as medidas de proteção e prevenção corretamente⁸⁷. Com isso, em 1992, pesquisadores acrescentaram ao contexto do HIV/Aids o conceito de vulnerabilidade, pois a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento, daí decorrente, não é resultante somente de aspectos individuais, mas também de aspectos coletivos e contextuais⁴⁶.

Considerando essas questões, vê-se que a Aids se revela uma epidemia de inúmeras dimensões que, no decorrer do tempo, vem sofrendo transformações importantes no seu perfil epidemiológico. Como as participantes desse estudo são adolescentes do sexo feminino em situação de acolhimento institucional, nos deteremos em compreender o perfil epidemiológico da feminização, heterossexualização e pauperização da Aids.

A feminização da Aids diz respeito à proporção cada vez maior de casos notificados em mulheres comparado a taxa de novos casos em homens. Inicialmente a epidemia em mulheres avançou lentamente, uma vez que após 4 anos da notificação do primeiro caso em 1983, a taxa de incidência era de apenas 0,1/100.000 habitantes. Contudo, em 2003, a epidemia aumentou consideravelmente entre as mulheres, apresentando taxa de 15,7/100.000 habitantes. Somado a isso, a partir desse ano, a desaceleração da epidemia em mulheres vem acontecendo de forma lenta e gradativa, onde em 2010 a taxa era de 13,2/100.000 habitantes²⁶.

Compreendendo essa feminização no contexto de novos casos entre homens e mulheres, fica mais nítida essa mudança de perfil epidemiológico. Na década de 80 tinha-se uma razão de 40 novos casos de homens para 1 caso novo de mulher infectada pelo HIV. E em 2008, essa razão passou para 1,5 casos novos de homens para 1 caso novo de mulher. Contudo, pode-se apontar que nos anos seguintes encontra-se uma taxa em progressiva melhora, porém ainda muito próxima entre homens e mulheres. Em 2009, a razão era de 1,6 homens para cada mulher e em 2010 essa razão era de 1,7. Esta última taxa permanecendo até o último boletim divulgado pelo Ministério da Saúde de 2013²⁶.

Uma das explicações para essa feminização do HIV/Aids é a questão de gênero que permeia o papel de homens e mulheres na sociedade. As mulheres ficam mais expostas à

contaminação, pois apresentam dificuldade e constrangimento em usar a camisinha ou solicitar seu uso ao parceiro, devido ao medo de perder sua confiança e, conseqüentemente, vivenciar a separação ou, até mesmo, algum tipo de violência⁸⁸. As mulheres, histórica e culturalmente, vivem em condições maiores de vulnerabilidade em virtude da sua submissão ao parceiro. Os homens tendem a se expor mais por acreditarem numa falsa imunidade, por terem a infidelidade aceita naturalmente pela sociedade e por serem eles os responsáveis pela utilização ou não da camisinha. Em contrapartida, as mulheres tornam-se prejudicadas em iniciar uma conversa com o parceiro em torno de uma prática sexual mais segura e abdicam do uso da camisinha na crença do amor romântico⁸⁹.

Para conter esse avanço da epidemia em mulheres, em 2007 o Brasil criou o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST que tem como objetivo central promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nas diferentes regiões brasileiras, desenvolvendo, para isso, ações intersetoriais capazes de acelerar ou favorecer o acesso aos insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/Aids⁸.

Em relação a heterossexualização da Aids, dados apontam que, desde o final da década de 90, o número de casos novos tem aumentado na população heterossexual, tanto em homens quanto em mulheres. Entretanto, quando comparado o número de casos pela via sexual, as mulheres heterossexuais têm cada vez mais se infectado com HIV do que os homens heterossexuais através de relações sexuais²⁶.

Já a pauperização da Aids tem ocorrido devido ao número cada vez maior de pessoas com HIV com baixo grau de escolaridade. Em relação às mulheres, embora os dados tenham apresentado certa melhora, o HIV continua acometendo mais as mulheres que possuem escolaridade até o nível fundamental⁹⁰. Desde 2000, a relação da pobreza com o HIV é descrita. Nesta época já se afirmava que pessoas inseridas em contextos sociais desfavorecidos têm maior chance de se contaminar com o vírus da Aids, uma vez que essa escassez dificulta o acesso aos serviços de saúde e de educação, acarretando uma maior exposição à violência, à falta de emprego, ao uso de drogas, à opressão e/ou comercialização sexual, à desagregação familiar, entre outros. Com isso, estas condições passam a atuar de forma a favorecer e/ou aumentar as chances de infecção ao HIV^{46,91}.

Ampliando essa discussão para outras IST, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2013, estimou que a cada ano mais de 500 milhões de pessoas são infectadas por IST curáveis, sendo destas, mais de 290 milhões de mulheres infectadas pelo HPV⁹². Em relação ao HPV, a estimativa é de que a infecção causa 530 mil casos de câncer de colo uterino e 275 mil mortes a cada ano. Em um estudo anterior publicado pelo Ministério da Saúde já havia

sido destacado que a infecção pelo HPV é elevada, afetando fundamentalmente os adolescentes e jovens⁹³.

No que diz respeito a sífilis, o Estudo Sentinela Parturientes 2012 aponta que, em 2011, das mulheres identificadas com sífilis no pré-natal apenas 11,5% tiveram seus parceiros tratados. No mesmo ano, 9.374 casos de sífilis congênita foram diagnosticados no Brasil, com taxa de incidência de 3,3 casos/1.000 nascidos vivos. Contudo, o Rio de Janeiro é o estado que apresenta maior taxa, 9,8 casos / 1.000 nascidos vivos⁹⁴. Em 2013, a OMS destacou que a sífilis durante a gravidez causa, por ano, aproximadamente 300 mil mortes fetais e neonatais e expõe 215 mil recém-nascidos ao risco de morte precoce, baixo peso ao nascer ou sífilis congênita⁹².

Ainda sobre as IST, as mulheres com infecções não tratadas por gonorreia ou clamídia, mais ou menos 40% delas desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP), das quais 25% ficam inférteis. Acrescido a isso, mulheres que tiveram DIP apresentam 6 a 10 vezes maior chance de desenvolver gravidez ectópica e, nos países em desenvolvimento, esta contribui para 15% da mortalidade materna⁹⁵. Além disso, têm-se outras complicações referentes à IST não tratadas em mulheres que podem levar a sérios agravos à sua saúde e/ou ao seu filho, tais como: abortos espontâneos, natimortos, bebês com baixo peso ao nascer ou com infecções congênitas ou perinatais, HPV, carcinoma do colo uterino. Estudos apontam que pessoas com IST e infecções não ulcerativas no sistema reprodutivo, apresentam de 3 a 10 vezes maior probabilidade de infectar-se pelo HIV e as pessoas que apresentam lesões ulcerativas apresentam chance 18 vezes maior⁸. Somado a esse cenário, a OMS afirma que, devido ao rápido crescimento anual da resistência da *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos, as opções terapêuticas a essa bactéria têm ficado reduzidas e já está sendo considerada um organismo multirresistente, aumentando com isso os custos do tratamento⁹².

Logo, pode-se afirmar que a IST está há muito tempo presente em toda a sociedade e que são de suma importância sua prevenção e proteção, pois podem acometer as pessoas não só fisicamente, mas também suas relações sócio-econômicas-culturais. Corroborando tal afirmação, estudiosos afirmam que as pessoas que vivem com o HIV/Aids se defrontam com uma realidade de constante crise psicológica, social, ética moral e jurídica em seus núcleos familiares, local de trabalho, grupos de amigos, ambientes de lazer e em instituições de ensino, acarretando a eles um futuro incerto, ameaçador e de constante luta contra os preconceitos, estigmas e exclusões⁹⁶. Somado a isso, o diagnóstico de IST no contexto do relacionamento entre parceiros, acarreta inúmeros problemas, principalmente para as

mulheres. As IST aguçam sentimentos de mágoa, desconfiança, traição ou infidelidade entre um dos parceiros⁸⁹.

Entendendo a importância dessa prevenção e promoção e identificando as IST como um sério problema de saúde pública, o governo nacional, desde o início de suas ações, tem como compreensão central a necessidade de se combater o HIV/Aids e as outras IST.

Após um ano do primeiro caso de Aids notificado, o Estado de São Paulo criou o primeiro programa de combate à Aids, sendo posteriormente seguido pelo governo nacional que em 1985 estabeleceu as diretrizes do Programa Nacional de DST e Aids. As atividades propostas por esse programa foram implantadas em 1988 e focava o controle das atividades hemoterápicas, a vigilância epidemiológica e o incentivo ao uso da camisinha⁹⁷.

Entretanto, as ações governamentais só se tornaram mais efetivas na segunda década da epidemia do HIV, principalmente a partir de 1990. Neste ano, o governo decidiu distribuir gratuitamente os medicamentos antirretrovirais, sendo efetivamente garantida na rede pública somente em 1996⁹⁸. Contudo, no ano de 1999, o Brasil já distribuía aproximadamente 15 antirretrovirais. Ainda em 1992, o governo realizou o credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com Aids e inseriu esse tratamento na tabela do SUS. No ano seguinte, o Brasil passou a produzir o antirretroviral AZT⁹⁹.

No que diz respeito as demais IST, somente em 1998, o Ministério da Saúde recomendou sua abordagem, porém tinha como finalidade realizar o tratamento oportuno e, conseqüente, redução da incidência do HIV.

Destaca-se aqui o papel fundamental que os movimentos sociais desenvolveram e desenvolvem nas lutas para garantia dos direitos constitucionais dos cidadãos. Os primeiros grupos que lutaram pelas ações de prevenção, promoção e tratamento das IST, junto ao governo, foram os grupos militantes dos direitos homossexuais, trazendo, posteriormente, em suas lutas a participação de outros atores (pessoas com sorologia positiva, simpatizantes ou pessoas que convivem com pessoas portadoras do HIV/Aids)⁹⁸. Nesse sentido, esses grupos surgiram como uma resposta às atitudes preconceituosas e discriminantes da sociedade e lutavam contra a sensação de medo gerado pela epidemia em todas as pessoas.

Esses grupos, também, possibilitavam aos integrantes espaços de discussão, informação e troca de experiências, levantando questões que os envolviam na condição de sujeitos de direitos. Logo, o sucesso dos programas em relação ao controle e tratamento das IST não se deve somente à reforma sanitária com a consolidação do SUS em 1988, mas também a mobilização e participação de atores sociais que estavam vivenciando o contexto da epidemia e seus desafios¹⁰⁰.

Contudo, apesar dessas conquistas ainda nos deparamos com as negligências nas relações sexuais no que se refere ao uso de preservativo, as subnotificações das IST, as automedicações e as questões de gênero interferindo nos índices de prevenção.

Dados comparativos mostram que, embora se tenha ampliado as ações educativas e campanhas de estímulo ao uso de medidas protetivas às IST, o uso dos preservativos nas relações sexuais se manteve estável: 52% em 2004, 47% em 2008 e 55% em 2013. A maioria dos brasileiros sabe que a melhor maneira de se proteger das IST é com o uso do preservativo nas relações sexuais, entretanto 45% da população sexualmente ativa no Brasil não utiliza esse método em suas relações sexuais casuais^{72,95,101}. Tal conduta se depara com inúmeras questões socioculturais, sendo as questões de gênero a de maior impacto, que interferem nas mudanças comportamentais das relações sexuais.

Outro ponto falho que interfere no conhecimento da abrangência dos casos de IST na população sexualmente ativa é o número reduzido de IST incluídas na lista de agravos de notificação compulsória e as subnotificações.

A dificuldade em encontrar estatísticas relativas aos números de pessoas acometidas por alguma IST e sua amplitude no território brasileiro deve-se ao fato das subnotificações das infecções sexualmente transmissíveis de notificação compulsória. O Ministério da Saúde, em 1986, tornou obrigatória nas unidades públicas e particulares de saúde a notificação de casos de HIV/Aids e sífilis e em 2000 os casos de HIV em gestantes e recém-nascido, deixando fora qualquer outra doença sexualmente transmissível¹⁰². Entretanto, em 2014, através da Portaria nº 1271 de 06 de junho de 2014, foram definidas as seguintes IST de notificação compulsória: sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais, Aids, Infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV¹⁰³.

No Brasil, as ações de prevenção e promoção das morbidades, inclusive as sexualmente transmissíveis, são baseadas em suas tendências e os comportamentos de risco, utilizando-se para isso das notificações dos casos assistidos nas unidades de saúde. Quando estas são bem realizadas permitem que o governo e os profissionais afins acompanhem o comportamento da doença, a efetividade e eficiência das ações implementadas e oferecem informações para o planejamento de novas ações que diretamente atendam às necessidades de assistência e tratamento¹⁰⁴.

No entanto, a subnotificação ainda é muito presente nos serviços de saúde público e privado. O Ministério da Saúde, em 2004, com o objetivo de identificar e criar estratégias de redução da subnotificação e/ou do atraso das notificações, realizou uma relação comparativa

dos casos notificados de Aids (vale destacar que esta é uma doença de notificação compulsória) entre o banco de dados do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e os do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – exames que apresentavam contagem de linfócitos T CD4 positivos para Aids), onde foi identificado que dos casos registrados no SISCEL, 50,5% não constavam no Sinan¹⁰⁴.

Somado a essa subnotificação, tem-se outro fator que também interfere nas ações de controle e combate as IST que é a automedicação. Segundo dados fornecidos pelo boletim epidemiológico de DST/Aids 2008, 70% das pessoas com IST se automedicam ou, simplesmente, não buscam nenhuma assistência que as auxiliem no tratamento⁹³. Tal contexto se torna ainda mais comum quando se refere ao autocuidado de homens e mulheres. Histórica e culturalmente, o adoecer está diretamente relacionado à fragilidade e o cuidado é entendido como algo estritamente feminino, direcionando este comportamento às questões de gênero e explicando, então, a pouca procura do homem aos serviços de saúde¹⁰⁵. Além disso, a Política Nacional de Saúde do Homem aponta que outro aspecto que favorece a baixa procura dos homens por assistência nos serviços de saúde deve-se ao fato de que os serviços e as estratégias de informação ainda “privilegiam as ações voltadas para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, estando o homem à margem deste sistema”¹⁰⁶.

1.2.2 As IST na saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional

A adolescência desde a Antiguidade é vista e entendida como a fase da impulsividade e da excitabilidade. Aristóteles, já em 300 a.C., considerava os adolescentes “pessoas apaixonadas, irascíveis e inclinadas a se deixarem levar por seus impulsos”⁸⁶. Platão apontava que o uso de bebidas alcólicas antes dos 18 anos era perigoso, pois considerava que era o mesmo que colocar “fogo no fogo”¹⁰⁷. Logo, a adolescência sempre foi compreendida como um período conturbado na vida do indivíduo, onde a impulsividade e a onipotência poderiam coloca-los em risco. A adolescência, é considerada uma fase de reorganização emocional, de turbulência e instabilidade. Identificam como uma fase de “tempestade e estresse” e apontam os adolescentes como “conflituosos e conturbados”^{108,109}.

Logo é possível afirmar que a adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída, onde, ao longo dos anos, suas definições, muitas vezes exageradas, rotularam-na como uma fase do desenvolvimento humano problemática.

O fato é que estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças ou transições psicobiológicas acontecem e se refletem no corpo, nas atitudes e comportamentos de diferentes formas. Entendendo aqui atitude como uma maneira particular de pensar ou uma intenção particular de se comportar frente a um meio social e é construída através de pensamentos, crenças, sentimentos, emoções e tendências anteriormente adquiridas^{110,111}. Já comportamento significa o movimento em si, a reação em relação a alguma situação¹¹⁰.

Em relações as mudanças físicas que acontecem na adolescência têm-se o crescimento repentino, as alterações hormonais, o desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias (pelos, mamas nas meninas, pênis nos meninos, menstruação nas meninas, ejaculação nos meninos)¹¹². Já as transformações psicológicas referem-se ao sentimento de onipotência, instabilidade afetiva, tendência grupal, crises interpessoais e sociais, contradições, crises de identidade¹¹³.

Logo, pode-se dizer que o risco e a vulnerabilidade dos adolescentes, em relação à sexualidade, estão relacionados a vários fatores, dentre eles, as características do desenvolvimento psicoemocional. Muitas vezes, a busca por uma identidade própria leva ao questionamento dos padrões dos adultos, conseqüentemente da autoridade destes¹¹⁴. A descoberta e exposição ao novo funcionam como um desafio perpetuado pela característica de onipotência do adolescente que se julga sempre vencedor e imune a qualquer coisa. Entretanto, por outro lado, a timidez e a baixa autoestima podem torná-lo potencialmente frágil, levando-o à vinculação com soluções externas inadequadas para os seus problemas, como, por exemplo, o uso de drogas¹¹⁴.

Somado a isso, a tendência de conviver em grupo influencia muitos adolescentes a assumirem comportamentos os quais não estão preparados, como iniciar as atividades sexuais sem as devidas orientações e proteções. A maneira de vivenciar a sexualidade traz possibilidades de riscos aos adolescentes que podem interferir ou interromper seus projetos de vida, tais como: gravidez precoce, IST, aborto¹¹⁴. Na concepção de viver a vida de forma intensa, sentimentos de ansiedade, desejo de viver tudo que for possível e de forma rápida, não possibilitando a espera e o julgamento, expõem os adolescentes a situações de vulnerabilidade, dentre elas vulnerabilidade da saúde sexual.

A sexualidade tem significado importante na formação da personalidade de cada indivíduo.

Sexualidade é energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações e, portanto, a saúde física e mental¹¹⁵.

Para os jovens, a sexualidade torna-se um dos aspectos que auxilia no alcance da autonomia. Passa a funcionar como mediadora de todo o relacionamento social, uma vez que a sexualidade une formas de exercitar a autonomia e os contatos afetivo-sexuais sem vinculações ao casamento³⁸.

Na adolescência, a sexualidade tem algo de inovador, experimental, transgressor. A iniciação sexual dos jovens não envolve somente a relação sexual, ela perpassa por caminhos que envolvem carícias íntimas, desvelamento do próprio corpo e do corpo do outro e pela descoberta de sensações e sentimentos novos¹¹⁶.

No contexto da sexualidade encontram-se as questões de gênero. O gênero é um constructo sociocultural desigual entre mulheres e homens, onde estes desempenham papéis sociais diferenciados estruturados historicamente, criando relações de dominação e submissão^{80,117}. São relações que situam os sujeitos no mundo e determinam, no decorrer de suas vidas, interesses, vivências, trajetórias, oportunidades, escolhas e lugares¹¹⁸.

É nos espaços de convivência cotidiana que meninos e meninas aprendem e internalizam seus papéis sociais baseados no gênero. Agem, pensam e relacionam-se de acordo com o que a sociedade considera como normal para cada um. Dentro desses aprendizados sociais têm-se as relações sexuais dos adolescentes, onde para compreender as situações de vulnerabilidade que estes podem vivenciar é preciso entender as relações de gênero existentes. Especificamente, na vulnerabilidade feminina pode-se apontar, como fator preponderante, a falta de negociação e de poder de decisões.

As adolescentes acreditam no ideal do amor romântico e exclusivista de cada relacionamento, onde a união é vista como um objetivo a ser alcançado. Em contrapartida, as conquistas masculinas focam-se na quantidade de mulheres que eles conseguem conquistar como demonstração de: virilidade¹¹⁹. Tais posturas são socialmente aceitas e diferentemente interpretadas. Esta atitude “viril” dos adolescentes do sexo masculino é considerada como positiva e digna de masculinidade, enquanto para as adolescentes que apresentam uma variabilidade de parceiros resulta às mesmas representações negativas e estigmatizantes^{120,121}.

Logo, nessa ideia de amor romântico, as adolescentes ao considerarem que vivenciam um relacionamento estável e como prova de amor, confiança e fidelidade, ou até mesmo como uma sensação de segurança, proteção e imunidade, elas acabam abdicando do uso do preservativo como método contraceptivo^{122,123,124}. Acrescido a este contexto, quando a gravidez se torna objeto de maior preocupação entre as adolescentes, a prevenção das

IST/AIDS fica num segundo plano, pois as adolescentes passam a usar métodos que consideram mais seguros, aumentando sua vulnerabilidade a essas doenças^{125,126}.

Contudo, pode-se apontar que devido às expectativas de atender os anseios sociais do que é ser homem e do que é ser mulher, os adolescentes se colocam em situações de vulnerabilidade, ao desempenharem uma prática sexual desprotegida e nociva à sua saúde sexual. Se por um lado os adolescentes do sexo masculino são pressionados a provar sua masculinidade e virilidade, lançando-se em relações perigosas, por outro, as mulheres vivenciam preconceitos que acabam submetendo-as a relações de dependência, acrescidas com a dificuldade de decidir^{119,127}.

Frutos destas questões são representados pelo panorama mundial de IST na adolescência. Dados revelam que aproximadamente 40% das adolescentes sexualmente ativas estão infectadas pelo HPV e que a infecção pelo vírus do Herpes Genital aumenta mais de 50% nessa parcela da população¹²⁸. Nos EUA, a prevalência de IST entre os adolescentes é de 25%, onde a faixa etária de 15 a 24 anos é a mais vulnerável¹²⁹. Em relação ao Brasil, a OMS aponta que a cada ano ocorrem cerca de 937 mil casos de sífilis, 1.541.800 de gonorreia, 1.967.200 de clamídia; 640.900 de herpes genital; e 685.400 de HPV e que um terço destas IST são em pessoas com menos de 25 anos de idade⁶⁵. No que diz respeito a infecção pelo HIV, em 2013 foram notificados no Sinan, declarados no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidades) e registrados no Siscel/Siclom 79 casos de Aids em mulheres entre 10 a 14 anos e 397 casos entre 15 a 19 anos¹³⁰. Embora em 2014, esses casos tenham diminuído, 62 e 358 casos de aids notificados respectivamente, pode-se verificar uma diminuição irrisória ao se pensar em território nacional e visualizar o grande número de adolescentes e jovens vulneráveis às IST.

Por conseguinte, as IST, quando não identificadas e tratadas, podem trazer consequências severas que prejudicam a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, tais como infertilidade, doenças inflamatórias pélvicas, câncer de colo uterino, abortamento espontâneo, malformação congênita, prematuridade, disfunção sexual, e nos casos mais graves pode levar a morte¹³⁰.

Logo, para informar e diminuir esses dados e suas consequências severas na parcela jovem da população, o governo nacional, em 2003, criou o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), do Programa Saúde na Escola. Este projeto tem como objetivo promover a integração das redes de saúde e de educação, disponibilizando camisinhas nas escolas e formação continuada de professores, profissionais de saúde e jovens multiplicadores em sexualidade, vulnerabilidade e prevenção das IST²³.

As adolescentes em situação de acolhimento institucional, assim como qualquer adolescente, são comumente vulneráveis devido às características intrínsecas à idade, tais como mudanças físicas, descobertas e oportunidades que se apresentam conflitos na construção de sua identidade, transitoriedade no que diz respeito a não ser mais criança e ainda não ser adulto, e o sentimento de invulnerabilidade perante o futuro e a morte.

Entretanto, essas situações tendem a assumir diferentes configurações devido às condições sociais, econômicas e culturais em que estão inseridas e ao acesso a políticas públicas de lazer, educação, projetos socioeducativos, valores familiares e religiosos, permitindo com isso a jovem estar menos ou mais vulneráveis¹³¹. Com isso, considera-se que as adolescentes em situação de acolhimento institucional são uma parcela populacional com elevada vulnerabilidade. A fase da adolescência, que por si só desperta uma crise, une-se ao contexto do acolhimento institucional e ganha novos contornos¹³².

No que diz respeito às doenças que mais acometem crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional no Estado do Rio de Janeiro, identifica-se em quinto lugar a infecção pelo HIV que acomete 7,41% das crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional. Especificamente, no município do Rio de Janeiro a infecção pelo HIV passa para terceiro lugar, acometendo 10,57% dessas crianças e adolescentes⁷⁷. Sobre as outras IST não são encontrados registros o que dificulta traçar um panorama fidedigno desses agravos à parcela da sociedade.

Recentes pesquisas com adolescentes identificaram que o início da vida sexual e o uso do preservativo na primeira relação sexual sofre influência da região ou local do país em que moram, do nível de escolaridade, do sexo e da raça^{133,134,135}. Os programas de prevenção às IST encontram grandes desafios para alcançar os jovens que não tem acesso aos serviços de saúde e/ou escola e os jovens que se encontram em contextos sociais que os tornam vulneráveis às IST.

Dentro deste contexto, encontram-se as adolescentes em situação de acolhimento institucional que, em relação a vulnerabilidade às IST, identifica-se que eles conhecem os métodos de proteção e prevenção, porém não tem domínio sobre eles³¹. As adolescentes reconhecem os riscos que podem causar-lhes danos e acumulam informações de prevenção, porém existe uma distância grande entre o discurso e a prática correta³¹. As meninas em situação de acolhimento institucional também têm presente no exercício da sexualidade o romantismo, sentindo, geralmente, atração pelos meninos mais velhos. Contudo, estudos mostram que quando estas estão sob o efeito de drogas, a violência sexual acontece com mais frequência^{30,49}. Outro aspecto que faz parte do cotidiano de algumas meninas em situação de

acolhimento institucional é a prostituição que, assim como o uso de drogas, muitas das vezes é vivenciada como forma de enfrentamento da vida nas ruas, onde as questões de sobrevivência e de gênero presentes impedem ou dificultam o uso de medidas de proteção^{31,81}.

As adolescentes em situação de acolhimento institucional se deparam com obstáculos no que diz respeito ao acesso às medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças, dentre eles o despreparo dos profissionais das unidades de saúde para receber e orientar sobre saúde sexual e reprodutiva³¹. Estes profissionais por falta ou inadequada capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva, reproduzem em suas atividades preconceitos e juízos de valores, assim como anseios, vergonhas e dúvidas sobre a temática, que dificultam uma (inter)relação com as adolescentes e um posicionamento como facilitadores desse processo¹³⁶.

Somado a isso, o governo tem como programa de prevenção e combate às IST o referido projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)²³ que tem como área de atuação as unidades escolares, acarretando uma ausência de cobertura aos adolescentes que não as frequentam.

Como exposto anteriormente, a adolescência é uma etapa em que a personalidade está em fase final de formação e a sexualidade exerce importante influência principalmente se considerada como um elemento estruturador da identidade, não sendo diferente nas adolescentes em situação de acolhimento institucional. Nesse sentido, é de suma importância conhecer as dimensões individuais, sociais e programáticas que estão presentes na saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional, identificando o contexto de vulnerabilidade que estão inseridos e, conseqüentemente, oferecer uma assistência integral, com diálogo franco e relações de empoderamento dessas adolescentes. Atentar para sexualidade dos adolescentes é uma necessidade que pode contribuir para reduzir problemas no que diz respeito à sua vida pessoal e social e oferecer uma promoção a saúde sexual e reprodutiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Entendendo que a sexualidade, assim como as escolhas e condutas sexuais, é construída através de constructos sociais e essas condutas podem diminuir ou aumentar a vulnerabilidade aos agravos a saúde sexual, identificou-se que tanto a Teoria dos Roteiros Sexuais (*Scripts Sexuais*) de Gagnon e Simon^{137,138} como a compreensão das dimensões da vulnerabilidade de Ayres^{44,46} norteariam para a compreensão do objeto desta pesquisa: a vulnerabilidade às IST de adolescentes do sexo feminino em situação de acolhimento institucional.

Os roteiros sexuais refletem as diferentes e múltiplas socializações existentes na vida sexual das pessoas, tornando-se relevante nos contextos onde a sexualidade desempenha importante influência para a construção do papel social. A sexualidade tem um sentido particular para cada grupo de pessoas. Logo, não há condutas sexuais padrões sem se entender os contextos nos quais eles são construídos e produzidos¹³⁷.

Neste sentido, considerando a particularidade dos grupos de adolescentes, podemos afirmar que a sexualidade, nesta fase do desenvolvimento, desempenha um forte papel na manifestação de sua identidade social. As condutas sexuais das adolescentes são, diretamente, influenciadas pelo contexto social em que estão inseridas, onde os grupos de iguais exercem um papel importante nesta fase. Outra característica importante dos adolescentes é o fato deles possuírem comportamentos destemidos, apresentarem uma necessidade de experimentar o novo e um sentimento de invencibilidade, tornando-os mais vulneráveis às IST¹³⁹.

Entender as condutas sexuais das adolescentes em situação de acolhimento institucional e as dimensões de vulnerabilidade nelas existentes, favorecem a melhor compreensão e intervenção nas singularidades dessas adolescentes e ao fornecimento de estratégias para que elas se empoderem e realizem a promoção de sua saúde sexual.

2.1 A Teoria Social dos Roteiros Sexuais de Gagnon e Simon

A Teoria Social dos *Scripts* ou Roteiros Sexuais foi criada por John H. Gagnon e William Simon em 1973. Estes pesquisadores afirmaram que os atos sexuais só são possíveis por estarem inseridos em roteiros sociais. Nessa teoria, “nem o sujeito nem a situação social

constituem a realidade primária”¹³⁷. As pessoas, por interagirem com o meio social e por possuírem fantasias e lendas sociais, desenvolvem roteiros que as auxiliam na organização de suas condutas sexuais. Logo, os roteiros são as interpretações que as pessoas fazem das normas sociais nelas inseridas, dos valores e culturas presentes e das formas de (re)conhecimento físico do outro¹³⁷. Assim sendo, Gagnon e Simon¹³⁸, por entenderem os comportamentos sexuais como construções sociais e culturais, e não determinados pela biologia, identificaram que o termo *conduta sexual* seria o que melhor definia as atividades ou atitudes sexuais, uma vez que para eles esse termo traz um sentido social.

[...] os indivíduos usam sua habilidade interativa, bem como material da fantasia e mitos culturais, para desenvolver roteiros (com deixas e diálogos apropriados), como um modo de organizar seu comportamento sexual¹³⁷.

Os roteiros são metáforas para conceituar a produção de comportamentos dentro da vida social. São esquemas cognitivos necessários para uma pessoa saber identificar uma situação e como agir diante da mesma. São guias que as pessoas usam ou se baseiam para estabelecer e vivenciar sua sexualidade, conseqüentemente suas condutas sexuais¹³⁷.

Os roteiros fornecem o nome dos atores, descrevem suas qualidades, indicam os motivos do comportamento dos participantes e estabelecem a seqüência de atividades apropriadas, verbais e não-verbais, que devem ocorrer para que o comportamento se conclua com êxito e para permitir a transição para novas atividades¹³⁷.

A Teoria dos Roteiros Sexuais compreende e explica a sexualidade a partir das seguintes concepções: a sexualidade não é universal, não é vivenciada da mesma forma por todos e não é um fenômeno imutável. Ela é determinada pela história e pela cultura; o significado das condutas sexuais não está diretamente relacionado as atividades corporais dos indivíduos e varia de significado dependendo das relações sociais de cada pessoa; os cientistas que debruçam no estudo da sexualidade trazem nas discussões suas culturas, seus interesses e seu modo de perceber o mundo, fazendo com que as pesquisas sejam desenvolvidas em determinada cultura e momento histórico, acarretando e divulgando fatos sociais; a sexualidade é aprendida dentro de uma cultura específica, assim como a interpretação dos acontecimentos fisiológicos; e o gênero e a sexualidade são formas aprendidas socialmente e se ligam de maneiras diferentes nas mais variadas culturas. Logo, homens e mulheres têm condutas sexuais diferenciadas, onde estas são determinadas por questões de gênero^{137,138}.

Os roteiros sexuais delineiam um cenário de sexualidade possível, flexível, mutável a partir de uma resposta a uma nova circunstância. Esta flexibilidade está ligada ao processo de

socialização da pessoa, onde as histórias familiares, relações de gênero e classe social devem ser analisadas^{137,140,141}.

Os roteiros sexuais orientam o indivíduo em relação ao quando, com quem, onde, como e porque as experiências sexuais devem acontecer, podendo em cada situação ser adaptada, ou seja, são guias sociais das condutas sexuais que o indivíduo segue ou, pelo menos, é apresentado. Com isso, pode-se apontar que os fatores sociais são de suma importância para constituir os roteiros sexuais, uma vez que em diferentes situações em que contatos corporais acontecem, estes não apresentam o mesmo teor sexual. “Sem os elementos certos de um roteiro que defina a situação, nomeie os atores e parcele os comportamentos, nada sexual é provável acontecer”¹³⁸.

Na perspectiva da Teoria dos Roteiros Sexuais, o aspecto sexual não é intrínseco e exclusivo do comportamento do indivíduo, mas sim da significância que o coletivo dá ao comportamento em uma determinada situação – *significância sociogênia* – ou da significância que o comportamento individual estabelece dentro de uma situação – *significância ontogênica*^{138,142,143}.

Logo, essa diversidade dos roteiros sexuais se dá devido aos significados simbólicos, que podem ser diferentes para cada pessoa. O roteiro ou sua interpretação se dá de maneiras diferentes, onde uma sequência de acontecimentos pode ter significado diferente para uma mesma pessoa ou para integrantes de diferentes grupos¹⁴². Somado às questões sociais, tem-se as rotinas culturais que colaboram com os roteiros sexuais, refletindo padrões de desenvolvimento.

Roteiros estão envolvidos em aprender o significado de estados internos, organizar a sequência de atos sexuais específicos, decodificar situações novas, definir os limites de respostas sexuais e relacionar significados de aspectos não sexuais da vida à experiências sexuais específicas¹³⁸.

Destarte, os roteiros sexuais são divididos em três níveis: cenário cultural; roteiro interpessoal; e roteiro intrapsíquico. Eles interagem entre si de forma dinâmica, apresentando entre si dimensões históricas, culturais e individuais, porém com relevância diferente para uma sociedade ou para um indivíduo de uma mesma sociedade.

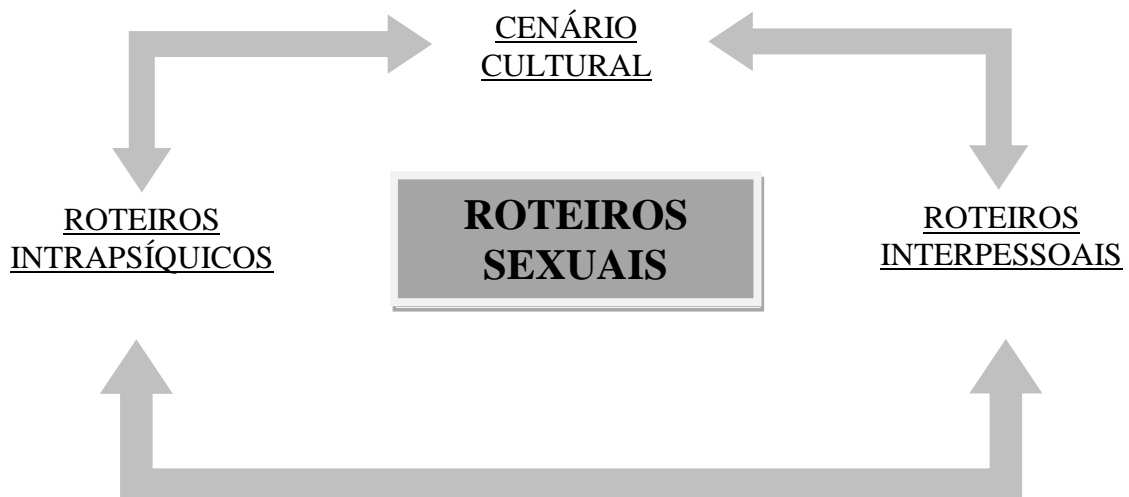
Entendem-se, aqui, por cenário cultural, as orientações culturais da vida coletiva. Neste espaço são fornecidas informações referentes aos requisitos necessários para os papéis sociais que devemos exercer. Assim, pode-se afirmar que as instituições sociais, tais como família, escola, igreja, empresas, entre outras instituições, tem sistemas de orientações sexuais inseridos em sua vida cotidiana, regulamentando assim o que dizem e como são

organizadas^{137,138}. Logo, todo papel desempenhado por uma pessoa reflete, direta ou indiretamente, no conteúdo dos cenários culturais.

O roteiro interpessoal funciona a partir da interação social, constituindo a base dos padrões de comportamento social. Neste contexto, o indivíduo interage com o outro através de comportamentos que venham atender as expectativas do outro e/ou dos outros^{137,144}. Eles estão presentes e interferem nos encontros e no estabelecimento e manutenção dos relacionamentos. “A maneira de agir e de ser de uma pessoa é conectada ao que os demais, e até ela mesma, esperam dela”¹⁴².

Já o roteiro intrapsíquico diz respeito ao uso de diálogos internos que venham atender as expectativas sociais e culturais de comportamento. É constituído pelos planos, recordações, guias e fantasias. O roteiro intrapsíquico por coordenar o comportamento social e a vida mental, conduz a conduta sexual presente e/ou futura e auxilia na compreensão do passado, através do reconhecimento das situações sexuais e estados corporais^{137,145,146,147}.

Figura 1 – Esquema da interrelação dos três níveis que compõem os roteiros sexuais.



Fonte: A autora, 2015.

Logo, os roteiros sexuais possibilitam a identificação, interpretação e estabilização de componentes sexuais que estruturam o imaginário sexual coletivo. Interferem diretamente no desejo, o qual constitui componente fundamental no processo de aprendizagem das práticas sexuais. Os roteiros sexuais oferecem subsídios para examinar e compreender a experiência e o desenvolvimento sexual. Traz uma visão do sexual como algo humano e dependente de

significados sociais. A teoria dos roteiros sexuais foi criada “na tentativa de dispor de um recurso para descrever o modo como as pessoas praticam o sexo socialmente e para demonstrar a importância dos elementos sociais na prática do sexual”¹³⁷.

Na adolescência, a sexualidade tem um sentido particular, onde não é possível entender as condutas sexuais padrões sem compreender os contextos nos quais eles são produzidos¹³⁷. Com isso, consideramos que ao conhecer as condutas sexuais das adolescentes em situação de acolhimento institucional e os contextos onde constroem e vivenciam sua sexualidade, é possível compreender seus roteiros sexuais e, conseqüentemente, identificar as dimensões de vulnerabilidade às IST que essas adolescentes estão expostas.

Assim como nos roteiros sexuais, é preciso conhecer as adolescentes em situação de acolhimento institucional, seus contextos familiares, sociais e programáticos para identificar as vulnerabilidades às IST que vivenciam e com isso traçar ações de promoção da saúde sexual.

2.2 Dimensões conceituais de vulnerabilidade em saúde – José Ricardo Ayres

Para podermos entender o contexto de vulnerabilidade na saúde sexual vivido pelas adolescentes em situação de acolhimento institucional, é preciso compreender as dimensões conceituais desse termo na área da saúde.

A construção do conceito de vulnerabilidade na esfera da saúde pública é relativamente recente e foi associado, primeiramente, no contexto da epidemia da Aids quando foi amplamente perpetrado a partir da publicação do livro “*Aids in the World*”⁴⁴. Logo, para compreender a incorporação deste conceito na saúde pública é preciso contextualizar a evolução da epidemia na Aids, trazendo a discussão dos conceitos de grupo de risco, comportamento de risco e, em seguida, o conceito de vulnerabilidade utilizado como referência nesta pesquisa.

O conceito de risco, muito utilizado na epidemiologia, estabeleceu-se como um instrumento de quantificação das possibilidades de adoecimento do indivíduo ou grupo⁹⁰. Sua aplicação nas práticas de saúde pública possibilitou uma operacionalidade, ampliação da capacidade preditiva e de controle ou eliminação de alguns fatores de risco. O risco quando aplicado aos comportamentos relacionados à saúde foi descrito como um risco que as pessoas optam correr por falta de informação, irresponsabilidade ou livre escolha¹⁴⁸.

Entretanto, a análise dos fatores de risco não considerava a variabilidade e a dinâmica dos significados sociais e passava a ser uma prática sem mediações necessárias para um significado real⁹⁰. O conceito de risco, como instrumento para orientar as ações preventivas, acabou sendo insuficiente e/ou prejudicial, uma vez que reduziu os fenômenos a alguns fatores pontuais e estigmatizou grupos sociais^{90,148}.

Em 1985, surge a possibilidade do teste diagnóstico do HIV que permitiu fazer o diagnóstico da infecção pelo vírus através da identificação do caráter transmissível e dos anticorpos para o vírus no sangue. Essa descoberta contribuiu para a implementação de serviços ambulatoriais, centros de orientação e apoio sorológico, centros de testagem e aconselhamento que passaram a oferecer, gratuitamente, o teste de HIV de forma anônima e confidencial⁹². Além disso, em 1988, o governo passou a exigir obrigatoriedade no controle laboratorial do sangue e seus derivados^{149,150}.

As ações supracitadas redirecionaram as medidas de prevenção governamental que até então focavam orientações de abstinência sexual dos grupos de risco, proibição de doação de sangue e de uso de drogas injetáveis, para estratégias de redução de risco através da difusão de informações e estímulo ao uso de preservativos e ao sexo seguro^{46,91,148}.

Somado a isso, as ações de promoção e prevenção ao HIV passaram a embasar-se na compreensão de comportamento de risco e não mais em grupo de risco. As ações começaram a ser direcionadas para toda população e à mudança de comportamento que expunham às pessoas ao HIV^{91,148}. Como fruto da aplicação desse novo conceito e dessa nova visualização da exposição das pessoas, dois efeitos positivos foram obtidos: a compreensão de que as ações de prevenção devem englobar qualquer pessoa e que a transmissão do HIV não se restringia aos grupos de risco, diminuindo com isso o estigma imputado sobre esses grupos⁴⁶. Desta maneira foi conseguido um aumento progressivo dos programas de prevenção a transmissão das IST.

Contudo, a tendência em culpabilizar o indivíduo, trazendo-o ao centro da discussão como tendo tido uma atitude displicente no que diz respeito à contaminação e transmissão, evidencia uma característica frágil ao conceito de comportamento de risco¹⁴⁸. Somado a isso, nas populações com menor poder social (pobres, mulheres, marginalizados, moradores de periferia entre outros) as ações de prevenção com o uso da noção de comportamento de risco não causaram impacto significativo⁹¹. Isso foi evidenciado num número cada vez maior de grupos sociais expostos a maior vulnerabilidade social afetados pelo HIV/Aids e na mudança do perfil epidemiológico do HIV/Aids no país que demonstra uma feminização, envelhecimento, heterossexualização e pauperização⁹¹.

Mais uma vez surgem as críticas, onde se destaca os movimentos organizados pelo direito das mulheres trazendo uma discussão positiva para as ações que se utilizam dos conceitos de comportamentos de risco. Tal movimento destaca que para uma pessoa adquirir um comportamento protetivo e preventivo para IST não depende exclusivamente de informação adquirida e vontade de agir, mas sim, a existência igualitária de recursos sociais, econômicos, culturais, políticos e jurídicos entre todas as parcelas populacionais, grupos étnicos, raciais e de gênero¹⁵¹.

Diante disto, pode-se considerar que os conceitos “fator, grupo e comportamento de risco” têm servido de base nas estratégias de conhecimento e controle epidemiológico do HIV¹⁵². Todavia, estes conceitos têm apresentado consequências técnicas, sociais e políticas negativas, como a atribuição da responsabilidade da prevenção da transmissão do vírus exclusivamente ao indivíduo e as ações preventivas ineficazes e equivocadas.

Desta maneira, a epidemiologia viu-se desafiada a possibilitar a apreensão e intervenção sobre os determinantes sociais da transmissão do HIV de forma a atuar no plano da prevenção e promoção da saúde utilizando-se de estratégias populacionais e não mais de alto risco, visando com isso uma dimensão social e não apenas individual/comportamental⁴⁶.

É nesse contexto que, em 1992, estudiosos identificaram as limitações dos conceitos de risco, grupo de risco e comportamento de risco quando apontaram a existência de sinais de que a infecção pelo HIV estava perdendo o controle, e que o percurso dessa pandemia pela sociedade ainda necessitava ser melhor mensurada pelas políticas e programas que a tentavam controlar¹⁵³.

Os mesmos estudiosos incorporaram, aos termos “risco” e “comportamento de risco”, uma discussão sobre quais seriam as condições de vulnerabilidade em que se encontram expostas pessoas, grupos sociais e/ou populações inteiras que favoreciam a contaminação pelo vírus da Aids¹⁵³. Apontaram que correr maior ou menor risco de infecção pelo HIV não dependia apenas de comportamentos individuais, mas sim de uma diversidade de fatores e condições no âmbito coletivo e contextual.

Neste sentido, a noção de vulnerabilidade possibilitou não a distinção dos indivíduos que tinham alguma chance de se expor a um agravo à Aids, mas sim ao fornecimento de elementos que avaliavam as diferentes possibilidades que todo e qualquer indivíduo tinha de se contaminar, dado o conjunto de certas características individuais e sociais de seu cotidiano julgadas importantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema¹⁵³.

Neste momento foram estabelecidos padrões referenciais interdependentes para possibilitar uma avaliação quanto à exposição ao HIV, sendo eles: dimensão individual (cognitiva e comportamento pessoal), social (contexto social) e programática (ou institucional). Inicialmente, os estudiosos, avaliavam estas dimensões por meio de escores e modelos quantitativos onde os resultados apontavam índices de baixa, média e alta vulnerabilidade para a infecção por HIV¹⁵³.

Em 1996, a essa compreensão de vulnerabilidade de um indivíduo, grupo e/ou população à infecção por HIV foi acrescentado o conceito e entendimento de direitos humanos. Os direitos humanos foram apontados como fontes para avaliar tanto situações individuais como situações globais da epidemia, substituindo com isso os indicadores socioeconômicos. Apontaram, também, que trabalhar com os direitos humanos neste momento favorecia uma maior objetividade e abrangência para analisar e intervir sobre a vulnerabilidade¹⁵⁴.

Com base no conceito de vulnerabilidade de Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, no Brasil, José Ricardo Ayres e colaboradores, reconstituem a trajetória do conceito de risco para a vulnerabilidade, assim como seu significado para a saúde pública. Compreendem a vulnerabilidade como a possibilidade que as pessoas têm de adoecer, sendo este adoecimento resultado de um conjunto de aspectos não só individuais, mas também coletivos e contextuais, incluindo aqui a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção¹⁴⁸.

Diferenciam de Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter ao acrescentarem que o conceito de vulnerabilidade não visa identificar os escores probabilísticos de um indivíduo a exposição à algum agravo à saúde, mas sim a influência interligada de cada dimensão da vulnerabilidade sobre qualquer pessoa¹⁴⁸.

Identificam, ainda, que trabalhar os direitos humanos para o enfrentamento dos agravos à saúde é vincular essa problemática às suas raízes sociais mais profundas, é estimular e potencializar a mobilização dos indivíduos, grupos ou populações para a transformação da realidade e é favorecer a transdisciplinaridade e intersetorialidade⁴⁴. A incorporação dos direitos humanos no contexto da vulnerabilidade destaca a intersubjetividade das três dimensões, valorizando a dinâmica da vida cotidiana, da cidadania e dos direitos humanos¹⁵⁵. Esse novo entendimento “substitui a noção de indivíduo pela de pessoa em contexto, sujeito da saúde e do direito à saúde”¹⁵⁶.

Baseado na compreensão de vulnerabilidade, José Ricardo Ayres, assim como apontado por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, afirma que as diferentes

situações de vulnerabilidade podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o programático, e que articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas⁴⁴.

Vulnerabilidade Individual

A vulnerabilidade individual depende de componentes na esfera cognitiva do indivíduo, tais como o grau de conhecimento acerca dos danos inerentes aos agravos, o grau e a qualidade da informação obtida e veiculada, a capacidade de elaboração e execução dessas informações e as possibilidades de mudança nas suas práticas diárias⁴⁴.

Logo, pode-se dizer que a vulnerabilidade individual se refere, principalmente, a três aspectos: grau e qualidade da informação, intenção de prevenção e ação concreta de prevenção.

No que diz respeito ao grau e qualidade de informação é verificado o conhecimento do indivíduo sobre a transmissão e prevenção das IST e sobre seus direitos sexuais e reprodutivos⁹¹. Somado a isso, o aspecto individual verifica o grau e qualidade de informação sobre a existência de serviços sociais e de saúde disponíveis para atender suas necessidades de esclarecimento e, assim, fortalecer sua saúde sexual com ações individuais de prevenção e promoção⁴⁶.

A intenção de prevenção é o significado que o indivíduo atribui à informação recebida, a capacidade de elaborá-la e de transformar essa informação em intenção de agir. Contudo, essa intenção é diretamente influenciada pela escolaridade e aspectos sociais e culturais em que o sujeito está inserido, onde a intenção de prevenção torna-se possível quando esse sujeito é capaz de enfrentar essas barreiras e os contextos de vulnerabilidade existentes^{46,91}. Quando o indivíduo consegue ultrapassar esses obstáculos e transforma a intenção de prevenção em atitude, considera-se que o mesmo teve uma ação concreta de prevenção e foi capaz de incorporá-la em suas práticas. Entretanto, essa atitude depende tanto da habilidade individual como de contextos sociais favoráveis para sua prevenção e neste sentido, podemos apontar a capacidade de negociação por um sexo seguro^{90,152,157,158}.

No plano individual, a vulnerabilidade está relacionada aos comportamentos que criam oportunidades para que a pessoa adquira uma doença ou vivencie contextos desfavoráveis. Esses comportamentos estão relacionados tanto as condições do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos acontecem. Nesse sentido, os processos educativos, que têm o conceito de vulnerabilidade como norteador de suas ações, devem não mais realizar as orientações de forma unilateral onde estas são somente repassadas às pessoas. Deve focar o compartilhamento e a troca de conhecimento entre o usuário e o profissional para assim o indivíduo apropriar-se de informações que realmente lhes sirvam e que possam ser aplicadas nos contextos em que está inserido^{46,91}.

Vulnerabilidade Social

A dimensão social refere-se ao contexto em que o indivíduo está inserido e avalia o quanto as diretrizes governamentais favorecem o respeito aos direitos humanos e contribuem para o acesso aos serviços e bens, o respeito às questões culturais e ao exercício da cidadania^{90,148}. No eixo social focam-se os aspectos que favorecem o indivíduo a estar mais ou menos vulnerável às IST, uma vez que os elementos sociais determinam a exposição e/ou prevenção nos três níveis individuais citados acima. Os elementos sociais aqui destacados são: o acesso à educação, ao serviço de saúde, ao lazer, aos meios de comunicação e as redes sociais; as relações culturais de gênero, religião, etnias, sexualidade e normas sociais; e a participação social no planejamento e avaliação de políticas públicas e sua capacidade de influenciar nas decisões políticas^{24,91,159}.

Contudo, a maior contribuição no debate e ação sobre a distinção do conceito de risco e vulnerabilidade está no esforço de deslocamento da noção do risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social percorre caminhos que vão desde questões do direito internacional, penetra na área da saúde e adentra pelas vias das condições sócio-econômicas¹⁶⁰. A vulnerabilidade social é o processo de exclusão, discriminação de grupos sociais e de sua capacidade de reação. É o resultado negativo da relação entre os recursos materiais ou simbólicos disponíveis para o indivíduo ou grupos e o acesso às oportunidades sociais, econômicas e culturais que são oferecidos pelo mercado, sociedade e Estado¹⁶¹.

O estudo da vulnerabilidade social é uma ferramenta eficaz para analisar a situação dos indivíduos ou grupos em exclusão social, pois possibilita a compreensão ampla das transformações e peculiaridades existentes na realidade deste grupo que vão além da situação econômica¹⁶¹. A expectativa em analisar e compreender a vulnerabilidade social é modificar os contextos e as relações desiguais com o objetivo de promover a autonomia do sujeito, para com isso favorecer capacidades de respostas⁴⁶.

Vulnerabilidade programática

A dimensão programática conecta os componentes individuais e sociais. Contempla os recursos sociais relacionados aos programas nacionais, regionais e locais que facilitam e oferecem de modo efetivo e democrático, informações, insumos, materiais e outros componentes necessários para a promoção e prevenção à saúde¹⁵². O compromisso, a gerência e o monitoramento dessas ações pelos órgãos competentes são importantes para identificar as necessidades, direcionar os recursos sociais existentes e potencializar seu uso. Esse eixo também está ligado com o modo como as instâncias governamentais estabelecem diretrizes e prioridades, recursos e investimentos para ações e formação dos profissionais^{90,157,158}.

Considerando as dimensões de vulnerabilidade expostas (individual, social e programática), é possível identificar que a situação de vulnerabilidade é complexa e perpassa situações que vão desde o contexto familiar, as características e habilidades do sujeito, mantém relação com o contexto social, as questões de afetividade e a oferta de redes de apoio social.

Dentro deste contexto encontram-se as adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Essa problemática não é recente, mas vem se agravando a cada instante. Existem alguns fatores sociais que podem levar jovens à situação de vulnerabilidade social, tais como: desemprego, falta de habitação, moradias precárias, famílias desestruturadas, pobreza extrema, violência intrafamiliar, negligência¹⁶². Somado a isso, as condições deficitárias de vida em que jovens em situação de exclusão social, como as adolescentes em situação de acolhimento institucional, as quais encontram-se mais expostas a situações desfavorecidas e discriminatórias, onde seus valores, suas noções de discernimento do certo e do errado e sua

relação com o mundo sejam afetados, prejudicando com isso seu crescimento e desenvolvimento¹⁶³.

A exclusão social pode levar essas adolescentes à ruptura de vínculos sócio-familiares, das representações culturais, da cidadania e da vida humana, além de ser um processo integrado por diversas manifestações de desvinculações em diferentes âmbitos que reduz a condição das adolescentes em lutar pelos seus direitos¹⁶⁴.

A pobreza cria fatores de riscos que diminuem a esperança de vida e depreciam a sua qualidade e quando acometem jovens pode criar deficiências que comprometem não só o futuro individual, mas como o futuro de um coletivo social.

Viver em situação de acolhimento institucional representa uma forma de pertença social marcada pela fragilidade das relações familiares e sociais estabelecidas entre os envolvidos, que pode culminar num processo de ruptura total, configurando a situação de não pertencimento comunitário^{80,165}. Logo, é neste contexto de privações econômicas, sociais e psicológicas que as adolescentes em situação de acolhimento institucional desenvolvem-se e vão construindo a sua história, permeada pela vulnerabilidade social.

Os fatores que podem expor as adolescentes a uma situação de vulnerabilidade são aqueles que tratam de características pessoais e sociorrelacionais que as colocam em posição indefesa e frágil diante do processo de desenvolvimento. O grau de vulnerabilidade a que a adolescente se vê submetida refere-se aos déficits nas seguintes dimensões: estrutura e dinâmica familiar; habilidades pessoais; afetividade; contexto social; e redes de apoio social¹⁶⁶.

Contudo, a realidade de estar num contexto de vulnerabilidade não pode ser dispensada somente à adolescente, mas também à sociedade, que não se estruturou para as alterações ocorridas no sistema socioeconômico, o que diretamente afeta a vida das adolescentes expondo-as cada vez mais a uma situação de extrema vulnerabilidade social.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do Estudo

Considerando a proposta de conhecer o contexto de vulnerabilidade às IST das adolescentes em situação de acolhimento institucional a partir de suas concepções, atitudes, comportamentos, hábitos de vida, condutas sexuais, suas relações pessoais, sociais e culturais, e sua rede social de apoio, identificou-se a pesquisa qualitativa como o método capaz de alcançar a subjetividade das adolescentes participantes do estudo e permitir à pesquisadora descrever e analisar tal realidade. “Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (...)”¹⁶⁷.

Objetivando conhecer as condutas sexuais e o contexto de vulnerabilidade às IST dessas adolescentes, a partir das participantes envolvidas – adolescentes em situação de acolhimento institucional, buscou-se, através de um estudo descritivo-exploratório, analisar a influência sobre tais condutas, contribuindo para sua vulnerabilidade. Logo, optou-se por um estudo descritivo-exploratório.

Em relação à pesquisa descritiva, seu principal objetivo é a descrição de fenômenos. Nesse caso, o estudo buscou compreender a concepção de saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional, seguindo o pressuposto de que “são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”¹⁶⁸.

Além de buscar uma compreensão da natureza geral do problema/situação, este estudo propôs-se não só descrever, mas também desvendar as várias maneiras pelas quais as adolescentes em situação de acolhimento institucional se expõem a vulnerabilidade às IST assim como as ações adjacentes relacionadas a esse processo. Com isso, a pesquisa exploratória permitiu um conhecimento mais completo e mais adequado das condutas sexuais e vulnerabilidades às IST das adolescentes em situação de acolhimento institucional. A pesquisa exploratória proporcionou uma visualização da realidade particular do indivíduo¹⁶⁹.

Além disso, a pesquisa buscou conhecer as necessidades das adolescentes em situação de acolhimento institucional, suas condutas sexuais, conseqüentemente seu contexto social, a fim de analisar os diversos aspectos que permeiam a vulnerabilidade desse grupo, assim como

propostas de alcance de sua saúde. Diante disso, a pesquisa exploratória possibilitou explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual ele se manifestou e os outros fatores com os quais ele se relacionou¹⁷⁰.

Logo, este estudo por pretender contribuir para a melhoria da prática e expansão assistencial a essa parcela da população, uma vez mais, o tipo de pesquisa descritivo-exploratório se fez adequado, pois as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente oferecem subsídios aos “pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”¹⁶⁸.

3.2 Referencial Teórico-Metodológico de Daniel Bertaux

Tratando-se esse estudo de uma abordagem qualitativa e buscando um referencial teórico-metodológico que contemplasse de forma ampla a expressão das adolescentes em situação de acolhimento institucional para a vulnerabilidade às IST, optou-se como modalidade de estudo a Narrativa de Vida, fundamentada pelo sociólogo Daniel Bertaux. Nesta modalidade o objetivo é aproximar desse contexto e compreendê-lo através do relato e interpretação das próprias adolescentes.

3.2.1 O método Narrativa de Vida

A utilização da história de vida nas pesquisas notabilizou-se nas Ciências Sociais, com os estudos da “Escola de Chicago”, a partir dos anos de 1920, sendo uma tradução literal do termo americano *life history*. A história de vida usa como fonte de dados, além do relato do próprio sujeito, informações fornecidas por documentos, dossiês, registros, diários, jornais ou pessoas de seu convívio que possam acrescentar informações acerca de sua história^{171,172}. No final de 1940, com a utilização intensa de métodos estatísticos e a aplicação de questionários que visavam fornecer “dados inquestionavelmente objetivos”, o método sofreu um declínio¹⁷¹.

Contudo, no final de 1970, o método de história de vida retornou na França, a partir de um relatório de pesquisa do sociólogo Daniel Bertaux, introduzida com o termo narrativa de vida. Para o referido sociólogo, o termo história de vida não distinguia a história vivida por

uma pessoa e a narrativa que ela poderia fazer de sua vida¹⁷². A narrativa de vida deriva de uma entrevista narrativa, onde a pesquisadora pede ao sujeito que ele conte sua experiência de vida e, com isso, apresenta suas próprias realidades e os contextos sociais que está inserido.

Os seres humanos são organismos contadores de histórias, organismos que individual e socialmente, vivem vidas relatadas. O estudo da narrativa, portanto, é o estudo da forma como nós, seres humanos experimentamos o mundo¹⁷³.

A narrativa busca a compreensão do fato ocorrido e tem no relato de vida a marca do narrador, onde não é preciso verificar a autenticidade dos fatos, pois o foco é o ponto de vista das participantes do estudo¹⁷⁴. É o estudo da forma como as pessoas experimentam, interagem e sofrem influências do mundo. E o melhor caminho para alcançar essas informações, é dando voz ao sujeito¹⁷⁵.

A narrativa revela uma sucessão de contextos, onde as narrativas, embora contenham visões individuais, trazem introjetados, direta ou indiretamente, valores, definições e atitudes do grupo social a que pertence.

A narrativa é um modo de pensamento, pois ela se apresenta como princípio organizador da experiência humana no mundo social, do seu conhecimento sobre ele e das trocas que ele mantém¹⁷⁶.

Relacionar vários testemunhos sobre uma experiência de vida de participantes em uma mesma situação social, possibilita a superação de suas singularidades e favorece o alcance, progressivo, de uma “representação sociológica dos componentes sociais (coletivos) da situação”¹⁷².

Logo, o interesse pela narrativa de vida deu-se pelo fato desta possibilitar uma melhor compreensão dos significados que as adolescentes em situação de acolhimento institucional atribuem às situações que vivenciam ou vivenciaram, aproximando de seu contexto e entendendo suas próprias perspectivas. A narrativa de vida permite o acesso não apenas a regularidade das relações, mas também as singularidades, subjetividades e significados que as adolescentes expressam no que diz respeito a sua vulnerabilidade às IST. Para compreender o que cada adolescente pensa e sente e como cada uma age, é necessário conhecer o mundo social no qual está inserida¹⁷². A narrativa de vida permite captar o que acontece nessa intersecção da adolescente com o social, possibilitando que a pesquisadora conheça os valores sociais, as formas de relação e de produção das estratégias de vida e as maneiras de ser no contexto e tempo que se vive¹⁷².

3.2.2 A perspectiva etnossociológica e aspectos éticos da pesquisa

A fim de orientar as pesquisas qualitativas no uso do método da narrativa de vida, Daniel Bertaux orienta o método através da perspectiva etnossociológica. Essa perspectiva objetiva estudar um fragmento da realidade social-histórica, ou seja, um *objeto social*, destacando suas configurações de relações sociais, os mecanismos, os processos, as lógicas de ação que atuam nesse objeto¹⁷².

No caso desta pesquisa, o objeto social que melhor se adéqua são as *categorias de situação*, mas especificamente as adolescentes em situação de acolhimento institucional. Para essas adolescentes o que lhe é comum é a situação social que se encontram. Para os estudos que possuem como objeto social as categorias de situação, a narrativa de vida mostra-se eficaz pois se adapta à formação das trajetórias e permite identificar como as participantes chegaram a tal situação, como as administram e o que fazem para superá-las¹⁷².

A perspectiva etnossociológica orienta as narrativas de vida numa concepção de que, através das práticas, podem-se compreender os contextos sociais em que estão inscritos e que contribuem para as transformações ou reproduções¹⁷². Nesse sentido, a perspectiva etnossociológica encaminha a narrativa para um formato de *narrativas de prática em situação*, onde o pensamento principal é de que, através das práticas, pode-se aproximar dos contextos sociais que a narrativa está reproduzindo ou transformando¹⁷².

Somado a isso, a narrativa de vida realizada numa perspectiva etnossociológica apresenta um discurso de uma experiência de vida orientada pela *intenção de conhecimento* da pesquisadora, onde desde o início essa intenção é apresentada à participante e este por sua vez direciona suas narrativas às expectativas da pesquisadora¹⁷². Esse direcionamento é feito a partir do momento em que o objeto de estudo é apresentado.

Entretanto, a perspectiva etnossociológica também se enriquece ao recorrer às narrativas de vida por oferecer uma dimensão diacrônica à essa perspectiva. Neste sentido, a pessoa narra sua história sem preocupar-se a uma linha cronológica e sim a uma sucessão temporal de acontecimentos, onde o “seguir e retroceder” na narrativa não compromete o entendimento dos fatos¹⁷². Embora a estória seja narrada no presente, a pessoa remete-se a vivências passadas, com perspectivas futuras. “O passado transmite a significatividade, o presente transmite valores e o futuro transmite a intenção”¹⁷⁷. Porém essa narrativa visa, como apontado, atender a intenção de conhecimento da pesquisadora, onde essa intenção é

apresentada à participante através da apresentação do objeto de estudo e este, por sua vez, direciona as narrativas delas às expectativas da pesquisadora¹⁷².

Destarte, as narrativas de vida podem desempenhar três funções importantes em uma pesquisa etnossociológica: função exploratória; função analítica; e função expressiva. Na função exploratória, a pesquisadora tem a oportunidade de aproximar-se a uma realidade desconhecida ou pouco familiar. Nesta fase, a pesquisadora além de aprender com o sujeito, deve questionar os pressupostos, prejuízos e preconceitos existentes em sua concepção social. Já na função analítica, a imersão e incorporação da pesquisadora ao interior do objeto social estudado ocorre desde a primeira entrevista. Esta fase dá-se com escutas repetidas, leituras e releituras e análise sucessivas das entrevistas. “Sua função é revelar uma profusão de indícios que permitam esboçar hipóteses após hipóteses, testar estas últimas pela comparação e só conservar as mais pertinentes para a construção do modelo”¹⁷². Essa fase termina quando as narrativas não acrescentam mais valor ao conhecimento do objeto social. A última função que a narrativa desempenha numa pesquisa etnossociológica é a expressiva. Nesta fase, a pesquisadora, identificando a saturação das narrativas, a presença de expressivas relações e processos sociais e realizando uma discussão analítica, publica/expõe.

Logo, identificou-se que o método de Narrativa de Vida seria o mais apropriado para a pesquisadora conseguir que as adolescentes participantes narrassem a sua história, as suas condutas sexuais no que consideram mais importante em falar. E no cenário de acolhimento institucional, buscou-se entender como esse contexto social participa na construção ou reformulação dos roteiros sexuais das adolescentes e que dimensões de vulnerabilidade às IST estão presentes.

Contudo, para a realização da pesquisa nas unidades de acolhimento, foram cumpridos e seguidos os aspectos éticos exigidos às pesquisas que envolvem seres humanos e, em particular com adolescentes. A pesquisa com seres humanos envolve uma série de importantes considerações éticas, as quais visam garantir a integridade dos participantes envolvidos. Neste sentido, busca-se garantir os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça a todas as partes envolvidas, assim como assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado¹⁷⁸.

No caso desse estudo, as condutas da pesquisadora foram norteadas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, somou-se a esta resolução, o conhecimento e o cumprimento de algumas concepções acerca da infância e adolescência proposta pelo ECA, assim como de algumas recomendações propostas na literatura sobre a

pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco social, incluindo aqueles em situação de acolhimento institucional^{179,180,181}.

Esta pesquisa por fazer parte da pesquisa financiada pelo CNPq, intitulada Saúde Reprodutiva e Sexual das Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Psicossocial, utilizou-se do mesmo protocolo aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nº127/13 (ANEXO).

Todos as participantes autorizaram sua participação voluntária ao assinar o Termo de Assentimento para as adolescentes (APÊNDICE A). Neste termo os objetivos principais da pesquisa foram explicados, assim como a garantia do anonimato, a possibilidade de recusar a participar da pesquisa em qualquer momento ou a responder qualquer pergunta que por ventura pudesse causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou nas relações com a unidade de acolhimento.

Sendo as participantes deste estudo adolescentes, cujos responsáveis oficiais, na maioria das vezes, não se encontram em condições, temporárias ou permanentes, de cumprirem o seu papel de forma plena, conforme previsto pela Constituição, tanto as adolescentes quanto a instituição - responsáveis legais à época, segundo o parágrafo único do artigo 92 do ECA¹⁴ autorizaram a produção dos dados, assinando conjuntamente o termo – como o fizeram diversos estudos que utilizaram como participantes adolescentes em situação de acolhimento institucional e/ou de rua^{49,133,134,135} e estiveram diante do mesmo impasse.

Vale ressaltar que o anonimato das participantes foi garantido através do uso de códigos na publicação dos resultados da pesquisa, que no caso utilizou-se a letra A da palavra adolescente e numerou-as de 1 a 10 conforme a ordem que as elas realizaram suas narrativas. Somado a isso, foi garantido, principalmente durante a coleta de dados, privacidade às participantes da pesquisa, onde as mesmas foram respeitadas em relação ao compartilhamento de sua narrativa / sua experiência de vida e a oferta de condições e locais adequados para a realização das falas.

3.3 Cenário

Foram utilizados, como cenário do estudo, dois dispositivos de acolhimento do município do Rio de Janeiro que abrigam crianças e adolescentes, sendo um na Zona Norte e o outro na Zona Sul do referido município. Ambos são gerenciados pela Subsecretaria de

Proteção Especial da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ) a qual é responsável pela acessibilidade das crianças e dos adolescentes em situação de vulnerabilidade pessoal e social.

A primeira instituição, localizado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro. Tem capacidade para abrigar até 120 crianças e adolescentes até os 17 anos, de ambos os sexos. Ocupa um terreno amplo onde os espaços são divididos da seguinte forma: três casas na parte superior do terreno na modalidade de acolhimento Casa Lar; na parte central do terreno, encontra-se uma área administrativa onde ficam dispostas as equipes técnicas, salas de reunião, de convívio e onde acontecem também as audiências concentradas; nesse mesmo plano do terreno tem o espaço para as Mães Adolescentes (Projeto Mães Adolescentes – PMA) com 10 quartos, sala de televisão, banheiro e sala dos educadores sociais; na parte inferior do terreno localiza-se o refeitório, a creche, as três Casas de Acolhida e a quadra poliesportiva. Toda a unidade de acolhimento possui integrando a equipe: educadores sociais, assistentes sociais, pedagoga, nutricionista, psicólogas, secretários e auxiliares de limpeza, portaria e segurança. Neste centro de acolhimento são desenvolvidos os seguintes projetos:

- Programa Casa Lar → disponibilizam três casas, com capacidade para oito adolescentes por casas, sendo uma para os meninos, outra para as meninas e outra para os educadores (normalmente dois educadores por plantão). Esse espaço é destinado aos adolescentes a partir dos 16 anos. Esse programa busca proporcionar aos adolescentes a possibilidade de desenvolverem-se em um modelo de acolhimento próximo ao modelo familiar, onde a proposta de rotina é garantir aos adolescentes acesso à escola, atividades sócio-educativas, profissionalização, entre outros serviços oferecidos pela comunidade.
- Programa para Mães Adolescentes → oferecem dez quartos para meninas grávidas e/ou com seus filhos. Nesse espaço, as meninas recebem apoio, orientação e assistência durante e após a gravidez. Assim como nos outros espaços, as adolescentes contam com a presença de dois educadores por plantão. Além disso, ao iniciar o desmame, os bebês podem ficar na creche enquanto elas retomam seus estudos e buscam inserção no mercado de trabalho.
- Projeto das Acolhidas → oferecem três casas para meninos e meninas com idade até 15 anos. Essas casas são identificadas por cores diferentes e divididas por faixa etária. Em cada casa possui uma dupla de educadores sociais. Assim como todos os projetos, o projeto das acolhidas propõe inserir e manter as crianças na escola.

A outra unidade de acolhimento, na Zona Sul, oferece acolhida na modalidade Casa Lar e possui capacidade para oito adolescentes, somente do sexo feminino, na faixa etária de 13 a 17 anos. Embora receba adolescentes grávidas ou que já são mães, sua presença é

eventual e não ocorre por período prolongado, uma vez que não possui estrutura para assistir a adolescente grávida e/ou o binômio mãe-filho. Essa unidade de acolhimento tem composto sua equipe duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma cozinheira, um motorista e oito educadoras sociais. Desempenha suas ações com a finalidade de resgatar o ambiente familiar, oferecendo-lhes a oportunidade de uma convivência afetiva, equilibrada e saudável, condição indispensável para o desenvolvimento dos jovens.

A escolha por tais cenários foi decorrente da participação da pesquisadora em atividades de ensino, pesquisa e extensão nestas unidades proporcionando, com isso, uma familiarização com o ambiente físico, com as equipes que ali trabalham e, principalmente, com as dinâmicas das adolescentes em situação de acolhimento institucional. A pesquisadora integra a equipe do Projeto de Extensão da ENF/UERJ - “Construindo ações educativas dialógicas em busca da cidadania de adolescentes abrigados”, o qual tem por objetivo desenvolver ações educativas, através de dinâmicas e palestras dialógicas, direcionadas à saúde reprodutiva e sexual de adolescentes.

Somado a isso, as unidades escolhidas baseiam suas atividades visando à conquista da autonomia e da inclusão social das jovens adolescentes, para que elas não precisem mais da tutela do governo. Em ambos cenários, durante o transcurso do acolhimento, há um esforço da equipe técnica por proporcionar o convívio familiar, identificar o percurso social do adolescente, organizar os documentos de identificação, providenciar inserção escolar e, sempre que possível, em curso e/ou estágio profissionalizante. A assistência à saúde é feita nas unidades básicas e hospitais existentes na comunidade que estão inseridos. A unidade de acolhimento assume a responsabilidade temporária pelos jovens, preocupando-se em conferir à estes, algum censo de cidadania e a possibilidade de (re)inserção familiar e social.

Para imergir neste cenário, Daniel Bertaux afirma que a pesquisadora “vai a campo consciente de sua ignorância” e dirige-se às pessoas desses cenários para entender e aprender sobre os processos ali existentes¹⁷². No método da narrativa, a ênfase não é a interioridade das participantes, mas sim os contextos sociais que elas estão inseridas e as influências que adquiriram com suas experiências, ou seja, seu conhecimento prático.

3.4 Participantes do estudo

Na perspectiva etnossociológica, a amostragem do estudo não pode se deter em apenas um caso para descobrir um contexto geral. Deve dispor de uma série de casos que permita a identificação de semelhanças e diferenças entre os casos. A percepção que o participante elabora de uma situação constitui para ele uma realidade e é essa percepção que leva o participante a agir que a pesquisadora busca conhecer¹⁷². E devido a essa variedade de posições e de pontos de vista que a pesquisadora consegue construir, de forma progressiva, sua amostra, contemplando diferentes categorias e subcategorias que vão delineando a pesquisa.

Ainda na construção da amostra, a perspectiva etnossociológica aponta a importância de se compreender o fenômeno de *diferencialidade*. Esse fenômeno entende que pessoas, estando exatamente num mesmo status institucional, numa mesma posição, preenchem seu papel e exercem suas atividades de formas diferentes devido as diferenças de personalidades e de enfrentamento de questões sociais¹⁷².

Entretanto, para atender todas essas questões é importante, segundo a perspectiva etnossociológica, disponibilizar-se da maior variedade possível de testemunhos. Para tal, a pesquisadora numa primeira formulação do modelo, precisará procurar casos diferentes daqueles trabalhados num primeiro momento para assegurar que esses casos negativos não invalidam o modelo¹⁷².

Inicialmente, para alcançarmos essa variedade de amostragem, traçaram-se critérios de inclusão na pesquisa, que foram: estarem, no período da coleta de dados, institucionalizadas nos cenários apresentados anteriormente, terem idade entre 12 e 18 anos (considerado pelo ECA como adolescente), autodeclararem praticar ou terem praticado atividades sexuais genitais, propriamente ditas, e terem a autorização para participar do estudo da unidade de acolhimento. Contudo, definiu-se também critérios de exclusão: adolescentes que não apresentavam orientação espaço-temporal e/ou com déficit intelectual.

Diante do exposto e tendo Bertaux como referencial teórico-metodológico deste estudo, após convite a todas as adolescentes que atendiam aos critérios da pesquisa, alcançamos a amostra de 10 adolescentes, com faixa etária de 13 a 18 anos, que aceitaram dividir suas histórias. Este total de adolescente foi atingido ao ser aplicado o critério do ponto de saturação dos depoimentos. A saturação ocorre quando a pesquisadora, a partir de um certo

número de narrativas, tem a impressão de não apreender nada de novo referente ao objeto de estudo¹⁷².

Vale destacar que as adolescentes deste estudo tinham uma alegria de viver, mesmo com as adversidades de suas vidas. Tinham nos seus grupos de iguais uma identidade, onde estavam presentes as motivações, a sensação de segurança e defesa dos mais novos, as decepções, as brigas, as descobertas e os desafios. Todavia, o que marcou destas adolescentes foi a alegria delas em terem a presença de alguém para ouvi-las, o que evidenciou o caráter terapêutico da escuta atenta.

Apresentando as características sociais das adolescentes participantes (Quadro 1), elas tinham idade entre 13 e 18 anos, cinco delas estavam no ensino fundamental (A1, A4, A6, A7 e A10), duas no ensino médio (A3 e A8) e três não estavam estudando (A2, A5 e A9). Apenas uma adolescente estava inscrita e participando do projeto de Adolescente Aprendiz, fazendo estágio na Prefeitura do Rio de Janeiro (A6). No que diz respeito a filiação, seis adolescentes não conhecem ou conheceram seu pai (A1, A2, A4, A8, A9 e A10), duas o pai tinha falecido (A3 e A6) e duas tinham contato e/ou conheciam seu pai (A5 e A7). Já em relação a mãe, seis adolescentes, a mãe era falecida (A1, A3, A5, A7, A8 e A9) e quatro conviviam ou conviveram com a mãe (A2, A4, A6 e A10). Em relação aos irmãos, a média entre as adolescentes era de 5 irmãos, porém alguns de pai diferente.

Das dez adolescentes participantes da pesquisa, nove já tinham feito uso de drogas (A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10). Em relação as drogas lícitas, elas citaram o cigarro, a cerveja e bebidas quentes. Quanto às drogas ilícitas, 5 (cinco) informaram que já haviam usado (A1, A2, A4, A7 e A9), como o *tinier*, a maconha, a cocaína, o loló e o *crack*. Porém, informaram que em relação as drogas ilícitas não faziam mais uso e reconheciam que traziam muitos agravos à saúde que as colocavam em situações de vulnerabilidade, principalmente vivência de violência.

Quadro 1 – Características Sociais das Adolescentes Acolhidas. (continua)

Características Sociais das Adolescentes Acolhidas								
	Idade	Escolaridade	Pai	Mãe	Nº de irmãos	Uso de drogas	Droga lícita	Droga ilícitas
A1	18	8º ano	Não conhece	Falecida	9	Sim	Sim (cigarro)	Sim (tinier)
A2	17	5º ano (parou)	Não conhece	Sim	3	Sim	Sim (bebida e cigarro)	Sim (maconha e cocaína)
A3	16	1º ano do Ensino Médio	Falecido	Falecida	6	Não	Não	Não

Quadro 1 – Características Sociais das Adolescentes Acolhidas. (conclusão)

A4	15	7º ano	Não conhece	Sim	9	Sim	Sim (bebida e cigarro)	Sim (loló, tiner, maconha e cocaína)
A5	13	5º ano (parou)	Sim	Falecida	8	Sim	Sim (cigarro)	Não
A6	14	7º ano (faz estágio)	Falecido	Sim	7	Sim	Sim (bebida e cigarro)	Não
A7	13	6º ano (parou temporariamente e troca de abrigo)	Sim	Falecida	3	Sim	Sim (bebida)	Sim (maconha)
A8	17	2º ano do Ensino Médio	Não conhece	Falecida	5	Sim	Sim (bebida e cigarro)	Não informado
A9	17	6º ano (parou)	Não conhece	Falecida	2	Sim	Sim (bebida)	Sim (cocaína e crack)
A10	14	8º ano	Não conhece	Sim	3	Sim	Sim (bebida e cigarro)	Não

Fonte: A autora, 2015.

No que diz respeito ao perfil de acolhimento institucional das adolescentes (Quadro 2), o medo de vivenciar violência foi o motivo de saída de casa mais apresentado, sendo referido por cinco adolescentes (A2, A3, A4, A7 e A8). Mas também tiveram como motivos de saída de casa: a perda do responsável legal (falecimento da mãe) vivenciado por duas adolescentes (A1 e A5), dificuldade do responsável legal em manter o cuidado (avó e tia-avó) referido por outras duas jovens (A6 e A10); e uma referiu que saiu de casa, após descobrir o verdadeiro motivo da morte da mãe (overdose por cocaína), tendo ficado com raiva da mentira da família em não lhe contar a verdade (A9).

Ainda em relação ao acolhimento institucional, a média de idade em que as adolescentes foram acolhidas pela primeira vez foi de 12 anos, tendo mais de um acolhimento institucional, com média de dois acolhimentos desde o primeiro até o atual. Entre as participantes, quatro referiram vivência na rua (A1, A2, A4 e A5) e apontaram que o uso de drogas foi facilitado e necessário para (sobre)viver nas ruas. Contudo, todas as entrevistadas não excederam o tempo máximo de 2 anos do acolhimento institucional atual, conforme exige a Lei 12.010/2009⁵⁷, com média de 5 meses decorridos.

Quadro 2 – Perfil de Acolhimento Institucional das Adolescentes

Perfil de Acolhimento Institucional das Adolescentes					
	Idade que foi acolhida pela primeira vez	Nº de vezes acolhida	Motivo da saída de casa / ida para o abrigo	Vivência na rua	Tempo no abrigo atual
A1	9 anos	4 vezes	Morava com a mãe na rua / Mãe faleceu	Sim	9 meses
A2	17 anos	1 vez (atual)	Medo de retaliação / Incendiou a casa que morava de aluguel	Sim	3 semanas
A3	15 anos	1 vez (atual)	Denunciou ao Conselho violência física do pai	Não	1 ano
A4	9 anos	4 vezes	Fugiu de casa devido violência física praticada pela mãe e padrasto e medo de vivenciar violência sexual pelo padrasto (presenciou violência sexual da irmã)	Sim	2 meses
A5	13 anos	2 vezes	Mãe morreu / Sem responsável legal	Sim	5 dias
A6	7 anos	2 vezes	Avó responsável legal entregou ao abrigo por dificuldade de criá-los (sempre fugiam e não iam a escola)	Não	2 anos
A7	12 anos	1 vez	Denunciou ao Conselho a violência sexual praticada pelos irmãos e pelo pai	Não	1 semana
A8	13 anos	2 vezes	Fugiu de casa devido a violência física praticada pela responsável legal (após perda da mãe e irmã, uma amiga de sua mãe ficou como responsável legal)	Não	2 semanas
A9	11 anos	3 vezes	Fugiu de casa após descobrir a causa da morte da mãe / overdose de cocaína (falaram que tinha sido infarto)	Não	3 meses
A10	12 anos	3 vezes	A tia-avó responsável legal entregou ao abrigo por dificuldades de cuidar (não aceitou que ela tenha tido relação sexual ao mesmo tempo com dois caras)	Não	1 semana

Fonte: A autora, 2015.

Traçando um breve perfil da saúde sexual das adolescentes participantes (Quadro 3), a média de idade do início das atividades sexuais foi de 13 anos, sendo que duas perderam a virgindade devido a violência sexual vivenciada – uma praticada pelos irmãos (A7) e outra pelo avô (A10). As adolescentes não referiram histórico de múltiplos parceiros nas atividades sexuais, com uma média de 2 parceiros sexuais até os dias atuais. Entretanto, duas referiram não saber informar o número de parceiros sexuais, pois precisaram se prostituir para conseguir comida, moradia e/ou dinheiro para comprar droga (A2 e A9). Uma das adolescentes apontou que embora tenha tido relação sexual consentida somente com três rapazes, na última manteve relação sexual com dois ao mesmo tempo.

Nas práticas sexuais seis adolescentes (A1, A2, A4, A6, A9 e A10) afirmaram não usar camisinha, seja porque o parceiro ou elas não gostam, seja porque confiam em seus parceiros. Duas (A5 e A8) referiram que usam camisinha esporadicamente, ou para experimentar sabores novos ou quando conhecem “pouco” o parceiro. Outras (A3 e A7) afirmaram que sempre usam preservativo nas relações sexuais por conhecimento dos perigos existentes na falta de proteção. Entretanto uma delas refere que na única relação sexual sem preservativo, engravidou do parceiro (A3).

No que diz respeito a sinais e sintomas de IST, embora cinco adolescentes tenham informado que apresentavam ou tiveram leucorréia (A1, A3, A4, A5) e lesão vulvar (A6) e que precisaram tratar com creme vaginal e cauterização respectivamente, afirmaram que nunca tiveram IST. Contudo, cinco das adolescentes faziam uso de método contraceptivo – anticoncepção injetável e oral (A1, A3, A6, A8), pois suas maiores preocupações era uma gravidez.

Uma adolescente (puérpera) estava aguardando sua consulta na ginecologia para o profissional de saúde prescrever o anticoncepcional injetável que havia escolhido como método contraceptivo no planejamento familiar (A5). Outras duas por estarem grávidas não estavam fazendo uso de nenhum método, porém já estavam inscritas no planejamento familiar da unidade básica (A2 e A4). Três adolescentes referiram não utilizar nenhum método contraceptivo por não ter relação sexual com ninguém no momento ou por não achar necessário (A7, A9 e A10).

Quadro 3 – Perfil da Saúde Sexual das Adolescentes Acolhidas. (continua)

Perfil da Saúde Sexual das Adolescentes Acolhidas							
	Sexarca	Múltiplos parceiros	Vivência de prostituição	História IST	Tratamento IST	Uso de preservativo	Método contraceptivo
A1	12 anos	Não	Não	Sim leucorréia	Creme vaginal	Não	ACI
A2	14 anos	Sim	Sim	Não	-	Não	Gestante
A3	15 anos	Não	Não	Sim leucorréia	Creme vaginal	Sim	ACI
A4	14 anos	Não	Não	Sim leucorréia	Creme vaginal	Não	Gestante
A5	12 anos	Não	Não	Sim leucorréia	Creme vaginal	Esporádico	Puérpera
A6	14 anos	Não	Não	Sim lesão vulvar	Cauterização e Creme vaginal	Não	ACO
A7	9 anos (violência sexual)	Não	Não	Não	-	Sim	Nada

Quadro 3 – Perfil da Saúde Sexual das Adolescentes Acolhidas. (conclusão)

A8	14 anos	Não	Não	Não	-	Esporádico	ACO
A9	13 anos	Sim	Sim	Não	-	Não	Nada
A10	12 anos (violência sexual)	Não	Não	Não	-	Não	Nada

Fonte: A autora, 2015

3.5 Produção de Dados: coleta das narrativas

Antes de qualquer tentativa de coletar as entrevistas foi realizado ambientação dos cenários da pesquisa. Passei alguns meses indo as instituições de acolhimento para conhecê-las, para fazê-las me conhecer e entender o cenário com verdadeira imersão. Fiquei lá não só durante a semana onde as rotinas do dia a dia, tais como horário para acordar, ir para escola, estágio e/ou cursos, horário das refeições, cumprimento das tarefas, são firmemente exigidas, como nos finais de semana, onde as saídas de alguns adolescentes são permitidas, os planos dos finais de semana são feitos (festas, bailes, shopping, praia), e com isso, o clima se torna um pouco mais “descontraído”. Essa aproximação foi muito importante tanto para meu enriquecimento pessoal quanto para a pesquisa, uma vez que me possibilitou identificar os contextos “escondidos” nos comportamentos e relações dessas adolescentes. E em todas as minhas idas às instituições, as adolescentes perguntavam de meu retorno, cobravam a minha demora e começaram a criar planos de atividades onde eu pudesse estar envolvida, tais como ver filmes, seriados ou desenhos; realizar decoração da unidade de acolhimento para festividades; dividir experiências com os relacionamentos amorosos que estavam iniciando ou terminando. Ou seja, as adolescentes permitiram eu participar de alguns momentos importantes para eles.

Embora isso tenha contribuído para eu convidá-las para dividir suas histórias sobre suas condutas sexuais, eu me deparei com a dificuldade que as jovens têm de falar sobre sexo, relações sexuais, sexualidade. Os tabus, a vergonha, o medo dos julgamentos, estiveram presentes a todo tempo nas narrativas das adolescentes. Nesse sentido, pode-se afirmar que essa vergonha é fruto de um desenvolvimento sexual socialmente repressor, onde o padrão moral conservador ainda está presente na sociedade e leva as adolescentes a uma situação conflituosa em relação à sexualidade⁷.

A dupla moral da sociedade em relação à sexualidade na adolescência faz com que, ao mesmo tempo em que o sexo seja incentivado à exaustão e o senso comum reconheça que os adolescentes e jovens estejam tendo atividade sexual, esta não seja assumida como legítima nessa faixa etária⁷.

A partir desta aproximação iniciou-se a coleta de dados através da técnica de entrevista, mais especificamente, uma *entrevista narrativa* (APÊNDICE B). Nesta entrevista, a pesquisadora deseja que a participante assuma o papel de narrador e para isso a pesquisadora deve demonstrar interesse pelo que está sendo narrado e deve interromper o menos possível¹⁷².

A condução da entrevista narrativa consiste na elaboração de pergunta única - questão norteadora da entrevista, que geralmente inicia-se pela expressão “conte-me” ou “fale-me”, possibilitando uma produção discursiva do participante em forma de narrativa¹⁷².

O primeiro passo de uma entrevista narrativa é a realização de uma breve introdução do estudo, onde a pesquisadora expõe ao participante seus interesses. Este aceitando participar da pesquisa, é convidado a narrar suas experiências através de filtros. Os filtros são apresentados na forma de assuntos, temas ou tópicos que orientam e predeterminam a entrevista, possibilitando que, dentro do assunto pesquisado, a participante “fale sobre o que quiser”, sendo a única a direcionar a entrevista para as experiências que considera importante e/ou relevantes na sua história de vida¹⁷². Além disso, os filtros tendem a minimizar as intervenções da pesquisadora.

Tendo identificado as protagonistas do estudo, iniciamos a coleta de dados propriamente dita, com a realização de perguntas para caracterização das adolescentes, a fim de fornecer as características sociais, o perfil de acolhimento institucional e da saúde sexual das participantes. Esses dados além de contribuir na entrevista, forneceu informações para a fase de análise.

Posteriormente, visando compreender a vulnerabilidade às IST das adolescentes em situação de acolhimento institucional, na perspectiva dos roteiros sexuais e das três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática, iniciou-se a entrevista narrativa a partir da seguinte questão norteadora da entrevista: Conte-me um pouco sobre suas relações sexuais desde a primeira relação até as atuais; e filtros: número de parceiros, uso de camisinha, orientações recebidas, história de doença sexual, cuidados recebidos, esclarecimento de dúvidas, participação da família na orientação sobre sexo e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), participação dos amigos sobre sexo e DST, primeira relação, pessoas com quem conversa sobre DST, negociação do uso de camisinha, quem escolhe usar ou não camisinha, experiências sexuais (hetero, homo ou bissexuais); vias sexuais utilizadas (sexo

anal, oral, vaginal), sensações e sentimentos durante as relações sexuais, relação sexual por dinheiro ou para ganhar outra coisa em troca, cuidados realizados para não adquirir DST, atividades realizadas pelo abrigo sobre DST, como consegue camisinha, participação de atividades sobre relação sexual e DST, quando procura assistência no posto de saúde.

Com a intenção de orientar as narrativas no atendimento ao objeto de estudo utilizou-se a apresentação oral e escrita da questão norteadora e dos filtros (em forma de tópicos) e a impressão dos mesmos numa folha para facilitar a consulta pelas adolescentes participantes. Cabe destacar que utilizamos o termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em detrimento do termo atual - Infecções Sexualmente Transmissíveis, por ser este primeiro, o termo utilizado na ocasião da coleta das narrativas.

Vale ressaltar que, a fim de construir um diálogo de confiança e respeito às particularidades das adolescentes participantes, as entrevistas não aconteceram de forma imediata a chegada na unidade de acolhimento. Elas aconteceram em momentos em que as adolescentes estavam física e psicologicamente disponíveis. Além disso, foi oferecido uma escuta sensível, acolhedora e atenta, porém sem passividade, ou seja, a pesquisadora pôde formular questões ou tecer algum comentário para esclarecer ou aprofundar alguma questão que considerou relevante para o estudo e que foi apontado na fala da adolescente¹⁸². Conseguimos interagir com as adolescentes, transmitir confiança para as mesmas e estabelecer uma relação de diálogo construtivo para a pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e, após cada encontro, transcritas. Um aspecto relevante dessa transcrição logo após o encontro é registrar e incorporar nos dados coletados as reflexões, impressões, intuições e emoções tanto das narradoras quanto da pesquisadora^{172,183}.

Somado a isso, durante todo o transcurso da coleta de dados quanto da análise, realizou-se releituras de algumas entrevistas acompanhadas do áudio sempre que se identificou a necessidade de verificar algum aspecto que tenha gerado dúvida na análise, acrescentar novas palavras, identificar silêncios não percebidos assim como suas pausas e entonações¹⁷².

Apesar de não ter sido necessário um novo encontro para detalhar alguma questão que tenha ficado obscura, na pesquisa etnossociológica é possível agendar esse novo encontro, essa continuidade. Entretanto, para isso é importante saber finalizar a entrevista para que essa autorização para voltar seja concedida de “bom grado” pelo narrador¹⁷².

Como apontado anteriormente, embora as adolescentes que participaram da pesquisa estivessem à vontade durante a conversa, elas demonstraram vergonha em falar sobre sexo, relações sexuais e sexualidade. Suas narrativas evidenciaram as características das relações

sexuais atuais, do relacionamento com o parceiro, sua percepção sobre o corpo e os cuidados com sua saúde sexual. Diante desse encaminhamento, readequaram-se os objetivos do estudo. Tal prática é fundamentada pelo método Narrativa de Vida, quando aponta que o *objeto social* pode transformar-se, oportunizando à pesquisadora conhecer e entender como o objeto de estudo escolhido funciona e se modifica diante de suas relações sociais, sistemas e processos de ação¹⁷².

Destarte, os objetivos iniciais eram: Descrever a vivência da sexualidade de adolescentes em situação de acolhimento institucional; Caracterizar a vulnerabilidade de adolescentes em situação de acolhimento institucional às IST; Discutir a vulnerabilidade de adolescentes em situação de acolhimento institucional às IST.

Após a readequação supracitada, os objetivos foram redesenhados: Descrever as condutas sexuais das adolescentes em situação de acolhimento institucional; Analisar as dimensões de vulnerabilidade às IST em adolescentes em situação de acolhimento institucional, considerando suas condutas sexuais; Discutir ações de prevenção e enfrentamento para IST de adolescentes em situação de acolhimento institucional, segundo as dimensões de vulnerabilidade.

3.6 Análise das Narrativas

Utilizou-se como processo analítico desta pesquisa, a análise temática. Esta “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”¹⁶⁷. Portanto, trata-se de agregar as ideias/expressões com características comuns num único conceito capaz de abrangê-las¹⁸⁴.

Os textos das entrevistas, portanto, foram analisados numa discussão contextual da realidade, procurando o significado real da fala das adolescentes em situação de acolhimento institucional e a relação com o conteúdo histórico, social e qualitativo em sua totalidade.

A análise no método Narrativa de Vida tem início na fase exploratória, onde as primeiras narrativas servem para o reconhecimento do campo e dos fenômenos e processos que interessam à pesquisa. Neste método a pesquisadora não retira das narrativas todas as significações que aparecem, mas sim aquelas pertinentes ao objeto de estudo¹⁷². Entretanto, essas primeiras narrativas descrevem uma realidade pouco familiar à pesquisadora e essa fase

exploratória permite a construção e desconstrução dos conhecimentos que a levam questionar alguns dos seus pressupostos.

Dando continuidade à análise tem-se a fase analítica. Esta fase caracteriza-se pela formação de uma representação mental dos processos de funcionamento do objeto de estudo, porém ainda de forma precoce e imperfeita^{172,185}. Com a análise das narrativas transcritas começam, de forma progressiva, revelar suas riquezas, mistérios e desafios. Nos casos de narrativas espontâneas, as participantes caminham por diferentes assuntos, indo e voltando, levando a pesquisadora a desenvolver técnicas capazes de captar e registrar a estrutura diacrônica de uma narrativa de vida¹⁷².

Após essa fase exploratória e analítica inicial, a pesquisadora encontra-se mais instrumentalizado para iniciar a análise profunda das narrativas, iniciando, com isso, a análise comparativa.

Na perspectiva etnossociológica, o essencial numa análise comparativa é a confrontação dos dados recolhidos das narrativas. Essa confrontação pode acontecer através de diversas fontes, contudo neste estudo a confrontação deu-se a partir das comparações das narrativas colhidas das adolescentes em situação de acolhimento institucional. Destaca-se aqui que, na pesquisa etnossociológica, a análise inicia desde a coleta das primeiras entrevistas, onde a pesquisadora realiza escutas repetidas das entrevistas, transcreve os relatos e, posteriormente, lê e relê as entrevistas, a fim de desvendar os contextos que estão envolvidos com o objeto social da pesquisa¹⁷².

Com isso, é através da comparação das narrativas de vida que se destacam as recorrências, ou seja, traços comuns. Contudo, mediante as comparações das narrativas que, numa pesquisa etnossociológica, se caminha também para os tipos diferentes¹⁷².

De posse das entrevistas, foram realizadas leituras flutuantes e sucessivas que favoreceram a impregnação pela pesquisadora dos discursos das adolescentes participantes da pesquisa. Posteriormente, os assuntos emergentes foram agrupados por aproximação/similaridade e tiveram destaque através da marcação por números correspondentes. Essa codificação inicial produziu 59 unidades temáticas. Posteriormente foram realizadas mais releituras das narrativas a fim de identificar duplicidades, similaridade ou ausência de unidades temáticas, chegando a número final de 12 unidades temáticas.

UNIDADES TEMÁTICAS

- 1 – Características das atividades sexuais
- 2 - Características dos relacionamentos interpessoais
- 3 - Uso de métodos contraceptivos
- 4 - Vivência de violência sexual
- 5 - Percepções quanto a perda da virgindade
- 6 - Vivência de prostituição
- 7 - Experiência homoafetiva
- 8 - Conhecimentos adquiridos quanto as IST e métodos contraceptivos
- 9 - Sinais e/ou sintomas de IST
- 10 - Influência na escolha dos métodos contraceptivos
- 11 - Percepção do corpo
- 12 - Sentimentos relacionados ao risco de contrair IST

Essas unidades temáticas foram divididas em quatro agrupamentos, onde foi feita marcação por cores para demarcar as unidades semelhantes¹⁸⁶, onde a cor roxa refere-se ao grupo das Atividades Sexuais; a cor rosa a Sexualidade; a cor verde refere-se às IST e a cor laranja aos Cuidados com a Saúde Sexual.

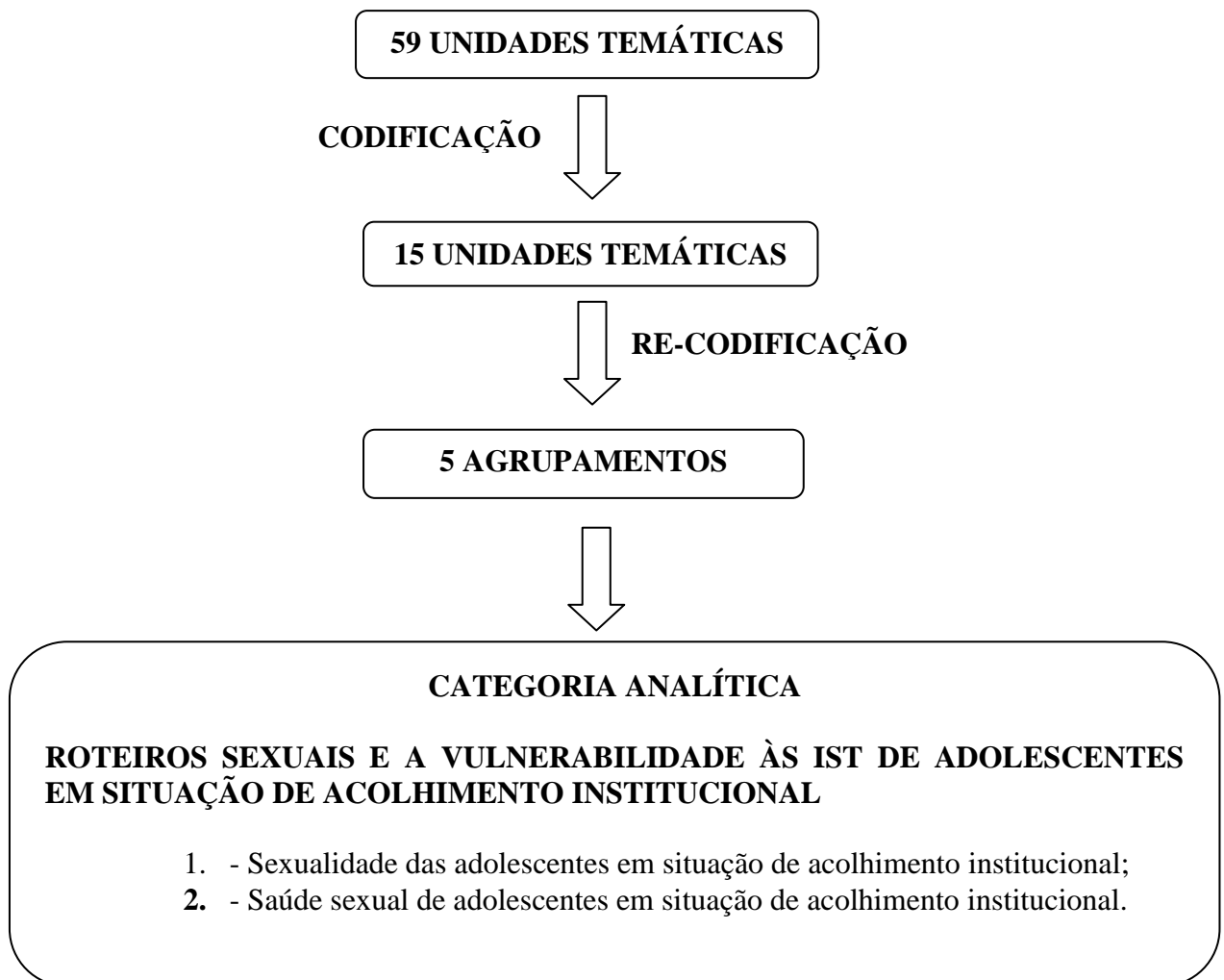
Quadro 4 – Agrupamento das Unidades Temáticas

UNIDADES TEMÁTICAS	
Atividades Sexuais	Sexualidade
Características das atividades sexuais	Características dos relacionamentos interpessoais
Uso de métodos contraceptivos	Experiência homoafetiva
Vivência de violência sexual	Percepções quanto a perda da virgindade
Vivência da prostituição	Percepção do corpo
Infecções Sexualmente Transmissíveis	Cuidados com a Saúde Sexual
Sinais e/ou sintomas de IST	Influências na escolha dos métodos contraceptivos
Sentimentos relacionados ao risco de contrair IST	Conhecimentos adquiridos quanto as IST e métodos contraceptivos

Fonte: A autora, 2015

Dando continuidade, foi realizado mais uma leitura das narrativas e baseado nos quatro agrupamentos realizados, emergiu uma categoria analítica com duas subcategorias: *Categoria Analítica: Roteiros sexuais e a vulnerabilidade às IST de adolescentes em situação de acolhimento institucional*; *Subcategorias: Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento institucional; Saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional.*

Figura 2 – Fluxograma da construção da categoria analítica



Fonte: A autora, 2015

4 ROTEIROS SEXUAIS E A VULNERABILIDADE ÀS IST DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

No intuito de promover uma melhor compreensão do aprofundamento realizado na análise das narrativas, consideramos relevante apresentar o *historiograma* das adolescentes entrevistadas, o qual destaca sumariamente características das participantes.

Quadro 5 – Historiograma das Adolescentes. (continua)

Historiograma	
A1	Adolescente de 18 anos, cursando o 8º ano do ensino fundamental. Mãe falecida e pai desconhecido. Possui 9 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas e ilícitas. Tem vivência de rua. Acolhida pela primeira vez com 9 anos. Estava acolhida há 9 meses. Primeira atividade sexual com 12 anos. Utilizava como método contraceptivo ACI. Referiu presença e tratamento de corrimento vaginal.
A2	Adolescente de 17 anos, parou os estudos no 5º ano do ensino fundamental. Mãe viva e pai desconhecido. Possui 3 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas e ilícitas. Tem vivência de rua. Nunca foi acolhida anteriormente. Estava acolhida há 3 semanas. Primeira atividade sexual com 14 anos. Vivência de prostituição. No momento não estava usando nenhum método contraceptivo, pois estava grávida.
A3	Adolescente de 16 anos, cursando o 1º ano do ensino médio. Pai e mãe falecidos. Possui 6 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas e ilícitas. Sem vivência de rua. Nunca foi acolhida anteriormente. Estava acolhida há 1 ano. Primeira atividade sexual com 15 anos. Utilizava como método contraceptivo ACI. Referiu presença e tratamento de corrimento vaginal.
A4	Adolescente de 14 anos, cursando o 7º ano do ensino fundamental. Mãe viva e pai desconhecido. Possui 9 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas e ilícitas. Tem vivência de rua. Acolhida pela primeira vez com 9 anos. Estava acolhida há 2 meses. Primeira atividade sexual com 14 anos. No momento não estava usando nenhum método contraceptivo, pois estava grávida. Referiu presença e tratamento de corrimento vaginal.
A5	Adolescente de 13 anos, parou os estudos no 6º ano do ensino fundamental. Conhece o pai, porém sua mãe é falecida. Possui 8 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas - cigarro. Tem vivência de rua. Foi acolhida pela primeira vez já com 13 anos. Estava acolhida há 5 dias. Primeira atividade sexual com 12 anos. Não utilizava nenhum método contraceptivo por estar no puerpério. Referiu presença e tratamento de corrimento vaginal.
A6	Adolescente de 14 anos, cursando o 7º ano do ensino fundamental e estagiando na prefeitura do Rio de Janeiro. Mãe viva e pai falecido. Possui 7 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas - bebida e cigarro. Não tem vivência de rua. Foi acolhida pela primeira vez com 7 anos de idade. Estava acolhida há 2 anos. Primeira atividade sexual com 14 anos. Utilizava como método contraceptivo ACO. Referiu já ter realizado tratamento de lesão vulvar.

Quadro 5 – Historiograma das Adolescentes. (conclusão)

A7	Adolescente de 13 anos, parou os estudos no 6º ano do ensino fundamental. Pai conhecido, porém sua mãe é falecida. Possui 3 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas e ilícitas. Não tem vivência de rua. Foi acolhida pela primeira vez com 12 anos. Estava acolhida há 1 semana. Primeira atividade sexual com 9 anos, devido à violência sexual vivida. Não utilizava nenhum método contraceptivo. Referiu nunca ter apresentado e/ou tratado alguma infecção ginecológica.
A8	Adolescente de 17 anos, cursando o 2º ano do ensino médio. Mãe falecida e pai desconhecido. Possui 5 irmãos. Fez uso de droga licita - bebida e cigarro. Não tem vivência de rua. Acolhida pela primeira vez com 13 anos. Estava acolhida há 2 semanas. Primeira atividade sexual com 14 anos. Utilizava como método contraceptivo ACO. Referiu nunca ter apresentado e/ou tratado alguma infecção ginecológica.
A9	Adolescente de 17 anos. Parou os estudos no 6º ano do ensino fundamental. Mãe falecida e pai desconhecido. Possui 2 irmãos. Já fez uso de drogas lícitas e ilícitas. Não tem vivência de rua. Acolhida pela primeira vez com 11 anos. Vivência de prostituição. Estava acolhida há 3 meses. Primeira atividade sexual com 13 anos. Não utilizava nenhum método contraceptivo. Referiu nunca ter apresentado e/ou tratado alguma infecção ginecológica.
A10	Adolescente de 14 anos, cursando o 8º ano do ensino fundamental. Mãe conhecida, porém pai desconhecido. Possui 3 irmãos. Fez uso de drogas lícitas - bebida e cigarro. Não tem vivência de rua. Acolhida pela primeira vez com 12 anos. Estava acolhida há 1 semana. Primeira atividade sexual com 12 anos, devido a violência sexual vivida. Não utilizava nenhum método contraceptivo. Referiu nunca ter apresentado e/ou tratado alguma infecção ginecológica.

Fonte: A autora, 2015.

4.1. Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento institucional

A sexualidade é definida como uma característica central de uma pessoa por toda a vida e abarca em sua amplitude o sexo, gênero, identidades e papéis sociais, orientação sexual, prazer e intimidade¹⁸⁷. Ela é vivenciada através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, valores, comportamentos e relações e é diretamente influenciada pelos fatores biológicos, psicológicos, sociais, políticos, culturais, religiosos e espirituais¹⁸⁷. Logo, para compreender a sexualidade experienciada e vivenciada pelas adolescentes em situação de acolhimento institucional foi necessário conhecer e entender como essas adolescentes agem e interagem com seu corpo e com o meio social em que está inserida. Neste sentido, destacaram nas narrativas das participantes as características de seus relacionamentos interpessoais, experiência homoafetiva, as percepções sobre seu corpo e sobre a perda da virgindade.

Em relação aos relacionamentos interpessoais, uma questão que se destacou nas narrativas das adolescentes foram as formas de relacionamento com o/as parceiro/as. As adolescentes que falaram de seus relacionamentos amorosos, referiram vivência e prática de agressões físicas e verbais, porém não identificavam como um problema e, em algumas falas, afirmavam até que as agressões eram provocadas por elas.

Nós brigávamos direto, cara. [...] Ai a gente já discutia. Como eu não sou de levar satisfação pra casa, ele discutia, me batia e eu batia nele (A1).

Porque eu coloquei a primeira vez esse cabelo, aí meu namorado ele trabalhava na boca, aí ele tirou meu cabelo todinho numa briga que eu tive com ele (A2).

Eu fiquei pouco tempo com ele, porque ele voltou a usar droga e começou a me bater. Chutava minha barriga [estava grávida] (A9).

A violência com e entre os jovens é considerada um problema de saúde pública com repercussões individuais e sociais graves. Esta violência pode ser demonstrada de diversas formas, sendo uma delas a violência no namoro. Estudos recentes indicam que 20 a 50% dos adolescentes já vivenciaram uma situação de violência durante os relacionamentos íntimos¹⁸⁸. Corroborando esses dados, o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves), em 2011, identificou que pelo menos 30% das meninas que participaram do estudo batiam nos namorados e que 17% deles também já agrediram suas namoradas¹⁸⁹. Esses dados não sugeriam maior agressividade das meninas diante dos meninos, mas apontavam para a existência de relacionamentos violentos, onde a agressão era o instrumento de comunicação entre os pares. Esses comportamentos de controle são considerados como uma maneira de demonstrar amor, em que o ciúme se apresenta como ingrediente importante numa relação de namoro. Nessas relações, gostar e controlar tornam-se sinônimos. Estudos apontam que pelo menos 25% dos namoros na adolescência apresentam abuso físico e psicológico e afirmam que cada vez mais a violência está sendo aceita nestes tipos de relacionamento como uma forma de “amor” realizada por homens e mulheres e que 1/4 dos adolescentes consideram a violência psicológica algo natural nos relacionamentos^{190,191,192}. Com isso, se as normas sociais e culturais onde os jovens estão inseridos sustentam a violência, este tipo de comportamento torna-se comum em diversas situações.

A Organização Mundial de Saúde – OMS¹⁹³, no Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde, acrescenta que a violência é resultado de ação recíproca e complexa de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Reportando para as adolescentes em situação de acolhimento institucional participantes do estudo, o contexto familiar e ou da unidade de acolhimento e as relações interpessoais estabelecidas dentro desses núcleos

apresentam histórias de violência física, sexual, psicológica e social, onde se pode afirmar que esses relacionamentos amorosos acabam refletindo ou dando continuidade ao contexto que elas vivenciam ou vivenciaram em suas casas.

Eu não tenho muita... É... Muito vínculo com minha família não. Já não tive com minha mãe, porque minha mãe quando eu era pequena né, tinha 8 meses de vida, a minha mãe colocou chumbinho na minha mamadeira. Aí eu fui criada pela minha avó (A2).

Aí foi quando ele [padrasto] me empurrou na cama. Aí o estrato da cama tava quebrado, aí eu fui e me afundei junto com a cama. Aí minha mãe foi e me levantou. Aí embaixo da minha mochila tinha um facão. Aí ele deu mais um soco na minha mãe. Aí eu fui peguei o facão e enrolei minha mão para eu pegar com a faca (A5).

Quando a família está em uma situação de vulnerabilidade, conseqüentemente as crianças e jovens também estarão⁸⁰. Essa relação entre a violência no namoro e a vitimação na família de origem tem sua explicação na noção de aprendizagem social, onde o comportamento de cada pessoa é determinado pelo ambiente em que está inserido através da observação, reforço, modelo ou coação¹⁹⁴. Com isso, a família é identificada não só como um ambiente que pode viabilizar os comportamentos agressivos, mas também como um local que pode levar o indivíduo a interiorizar valores promotores de condutas violentas¹⁹⁵.

Como possível consequência desta realidade, foi identificado que a forma como as adolescentes encontraram ou, se assim pode-se dizer, aprenderam a responder à essas situações, é revidando as agressões com outras agressões: ameaçando o parceiro com arma de fogo, ferindo-o com faca e gilete, lançando contra o parceiro utensílios domésticos e até um caso onde a adolescente para chamar atenção ateou fogo na casa onde moravam. Com isto, constrói-se um círculo vicioso e pernicioso, onde essas adolescentes por já estarem expostas a violência e agressões dentro de casa, não tendo outros modelos identificatórios, “acabam reproduzindo o que aprenderam em casa, quando começam a ter relacionamentos amorosos”¹⁹⁶. Somado a isso, essas adolescentes também trazem em suas histórias de vidas envolvimento com álcool e drogas, infidelidade, vínculos familiares tênues, onde a presença de relações afetivas violentas torna-se rotineira e banalizada. Logo, as adolescentes consideram normal a agressão verbal e/ou física na resolução de conflitos.

Aí nós [ela e o namorado] discutia direto. Ai enfiei a faca nele. Ele foi pro hospital, ai ele me bateu. Ai fui e bati nele de volta (A1).

Por causa que eu briguei com ele [namorado] aí no impulso eu taquei fogo na casa (A2).

[...] saí correndo pro banheiro e não deixei ele [namorado] entrar. Na hora que ele conseguiu derrubar a porta, eu comecei a rasgar a perna dele com gilete (A6).

Acrescido a isso, essas adolescentes integram uma parcela da população onde a pobreza as marginaliza e as segrega socialmente e a violência urbana está presente nas comunidades carentes em que vivem, dificultando que as mesmas experimentem outros tipos de relações e/ou tenham expectativas sociais de mudança. Essas interações familiares e sociais constroem a base dos relacionamentos e este por sua vez visa atender as expectativas de uma outra pessoa ou de um núcleo sócio-familiar, acarretando nas adolescentes a “fantasia” de que nos relacionamentos afetivos a violência é normal e é uma forma de mostrar o amor e a preocupação para com o outro^{137,144}.

Uma outra característica da violência é que, por vezes, a vítima se culpabiliza das agressões vivenciadas. Na violência, as pessoas que a vivenciam tendem a se culpabilizar, achando que os seus atos são, única e exclusivamente, os responsáveis pelas reações violentas do parceiro. Com esta atitude, o agressor é desresponsabilizado e, conseqüentemente, a violência é legitimada¹⁹⁷. Esta culpabilização, muitas vezes, é resultado do medo estabelecido na relação e/ou das múltiplas acusações e recriminações feitas por quem agride, sendo identificadas pela vítima como verdadeiras e que, desta forma, justifica a violência vivida¹⁹⁸. No caso das adolescentes deste estudo, esses relacionamentos tornam-se uma possibilidade de terem onde morar e de terem a construção de uma família. Assim sendo, a pressão para estar na relação pode levar as adolescentes a ignorarem e desculparem a violência a que estão sujeitas. A falta de uma identificação de uma vida melhor e de uma rede de suporte social contribuem para a normalização da violência, tornando difícil o seu reconhecimento e o término dessa relação abusiva¹⁹⁹.

Além dessa culpabilização, tem-se as questões de gênero que permeiam a violência. Embora alguns estudos^{200,201} afirmam que neste tipo de violência (violência no namoro de adolescentes) homens e mulheres são igualmente vítimas e agressores, é preciso, em nossa cultura patriarcal, ampliar o conhecimento quanto às diferenças de gênero. Em sociedades marcadas pelas desigualdades de gênero, a responsabilidade do agressor é banalizada e seu comportamento oportunista, explorador e destrutivo é esquecido. A sociedade na maioria das vezes valoriza a imagem da mulher como sendo provocante e culpada. A vergonha que deveria acometer o agressor “volta-se contra a mulher e a silencia, tornando-a parte da rede que sustenta a dominação”²⁰².

Ele é bonzinho, é carinhoso. É tipo assim, eu como tinha muito ciúme dele, eu chegava a agredir ele, de chegar a um certo ponto e me agredir também. Mas só nessa parte, fora isso, nunca me bateu não, sem eu agredir ele (A2).

A gente briga porque ele tem muito ciúme de mim. Ele é muito ciumento, muito ciumento... (A6).

Ainda sobre as características dos relacionamentos, as adolescentes afirmaram que seus parceiros tinham relações com outras mulheres no período que estavam brigados, muitas vezes, na opinião das adolescentes, para causar ciúmes. Descreveram que embora ficassem chateadas e ainda dividissem a mesma casa, sempre desculpavam e voltavam para o relacionamento, pois gostavam muito do parceiro assim como acreditavam que eles também gostassem delas. Nesse caso, a “traição” passava a ser interpretada como forma de chantagem e até de coerção.

Aí nós [ela e o namorado] ficava sem nos falar assim, às vezes. Um dia, dois dias. Aí ele ficava com mulher, aí eu ficava implicando com ele (A1).

Mas quando a gente brigava... só quando a gente se separava mesmo. Tipo de um não ir pra casa. Aí nesse fato ele tinha relação só pra me humilhar. Só pra dizer to com outra, mas a gente sempre brigava e voltava (A2).

No caso das adolescentes, a separação não era cogitada como opção já que inúmeras questões de seu contexto de vida devem ser levadas em consideração. Primeiro, elas tinham, nesses relacionamentos, além de vinculações afetivas, interesse social, tanto como status dentro da comunidade ou na instituição de acolhimento por estar com o homem “poderoso” (traficante ou o adolescente popular), quanto uma opção de ter onde morar já que as adolescentes que tinham os namorados fora das instituições de acolhimento foram morar com eles logo no primeiro dia que “ficaram”.

Segundo, as adolescentes por ausência de um vínculo com a família, viam no parceiro a possibilidade da construção de uma vida diferente, onde desejos pessoais eram idealizados e os anseios e necessidades poderiam ser preenchidos e correspondidos pelo parceiro. Somado a isso, essas adolescentes vivem num contexto de exclusão, onde inúmeras perdas ou até mesmo ausências fazem parte de sua história: exclusão familiar, exclusão social, exclusão econômica e exclusão cultural. A perda do parceiro traz insegurança e medo de mais uma exclusão, onde elas deixam de fazer parte da vida de uma outra pessoa.

Com isso, nas situações de ameaça da perda do parceiro e dos ganhos com o relacionamento, as adolescentes justificavam seus medos com a desculpa que seus parceiros queriam lhe causar ciúmes tendo relacionamentos fora do namoro. Essas manifestações de ciúmes apontadas pelas adolescentes são valorizadas em nossa sociedade como sinônimos de amor ou de estratégia de investimento na relação²⁰³. Acrescido a isso, numa concepção que ninguém pode viver sozinho e que a felicidade está diretamente relacionada a presença do outro, a pessoa solteira é vista como fracassada, triste, infeliz e a necessidade de buscar o “par

perfeito” é diferentemente cobrado pela sociedade para homens e mulheres. Ao homem que está em busca de seu amor, o papel de caçador é incentivado e valorizado no que diz respeito a sua masculinidade. Em relação à mulher em busca do parceiro ideal, a solteirice é normalmente utilizada como um termo de desvalorização e o instinto de caça é classificado como vulgar e inapropriado²⁰⁴.

Diante do exposto, pode-se identificar que as adolescentes que participaram do estudo minimamente seguiam roteiros sexuais em que questões referentes ao seu núcleo familiar e social banalizavam ou normalizavam a violência. As instituições sociais possuem sistemas de orientações sexuais inseridos em suas rotinas diárias que regulamentam as maneiras que as pessoas interagem com o outro¹³⁷. Devido ao desconhecimento de outros modelos de enfrentamento e convivência, as adolescentes narraram condutas culturalmente construídas, onde a violência, as exclusões social, familiar, econômica e cultural estavam naturalmente diluídas em suas falas e demonstravam forte interferência na sua visão de mundo e na relação com ela mesma, com o outro e com a sociedade. A dependência pelo outro e a dificuldade de apontar estratégias de credibilidade e empoderamento retratam o contexto de submissão, subjugação e privação que as adolescentes em situação de acolhimento institucional se encontram, ou seja, refletem os cenários culturais que estão inseridas^{137,138}. A violência vivenciada pelas adolescentes em seus relacionamentos não constituía característica própria da adolescência, mas sim como resultado dos arranjos sociais que incidem sobre elas⁴⁴.

Por conseguinte, esse contexto inóspito coloca as adolescentes em situação de vulnerabilidade, tanto individual, social, quanto programática. No que diz respeito a vulnerabilidade individual, as adolescentes em situação de acolhimento institucional que foram entrevistadas, embora tenham conseguido identificar situações de violência presentes em suas histórias familiares e amorosas, não possuíam conhecimento suficiente para identificar que tais violências não deveriam existir e que para se tornarem visíveis não é preciso estar a sombra de outra pessoa. A capacidade de agir é diretamente influenciada pelo meio social, onde a interrupção do ciclo de violência só será possível quando a adolescente tiver subsídios para enfrentar as barreiras impostas pelas questões de gênero, pela dependência e pelo sentimento de não pertencimento social^{46,152}.

Em relação a vulnerabilidade social, as adolescentes não identificaram a existência, em seus contextos sociais e familiares, de meios de apoio que as instrumentalizassem para enfrentar as barreiras culturais e sociais e, conseqüentemente, as situações de violência vividas. A vulnerabilidade social dá-se pelos processos exclusivos, discriminatórios e a pouco

capacidade reativa das adolescentes diante aos contextos sócio culturais, sendo o resultado negativo dessa interação⁴⁶.

No que concerne a vulnerabilidade programática, as adolescentes em suas narrativas de vida não destacaram como pontos relevantes as unidades de acolhimento como instituições que favorecessem sua valorização e seu empoderamento. Os recursos não ofereceram de modo efetivo informações suficientes para que as adolescentes apontassem as unidades como redes de apoio e como instrumentos que favorecessem a promoção à saúde¹⁵². As atividades educativas desenvolvidas pelos educadores e pelos profissionais de saúde (tanto nas unidades de acolhimento quanto nas unidades de saúde frequentadas pelas adolescentes) que abordavam a temática da violência, entre elas a violência familiar e nas relações de namoro, ainda apresentavam preconceitos e julgamentos.

Tem educador que fica gritando. Te perturbando. Ai vai e tira tua paciência. Conta tudo pros outros. Não sabe falar direito. Fica falando das coisas que a gente faz e fica esculachando (A1).

Agora aqui eu não confio em ninguém. [...] Mas tia na verdade eu não vejo a hora de ir embora daqui. Aqui é muito ruim. Por mais que eu tivesse que morar na casa dos outros... (A9).

A vulnerabilidade programática também está relacionada ao modo como as instâncias governamentais investem em ações de formação e preparo dos profissionais, sendo nesse caso importante a inserção de questões de violência e de gênero presentes nos contextos sócio culturais tanto das adolescentes como dos educadores^{90,158}.

Outra questão que surgiu nas narrativas das adolescentes e que na adolescência costuma ser uma prática mais frequente foi a experiência homoafetiva. As duas adolescentes que referiram tal experiência descreveram como algo novo, que nunca tinha acontecido anteriormente.

E assim tia [risos]... eu só tinha saído com menino, aqui que tô namorando uma garota. E assim tia... [risos] é diferente. Sei lá... é diferente. Mas a gente ainda não teve relação não (A8).

Assim tia, quando eu tava no outro abrigo eu acabei beijando uma menina. Mas só beijei. Não tive relação não. Eu namorei com ela 1 mês e pouco (A9).

Como vem sendo abordado, é na adolescência que a sexualidade assume papel de importância na identidade dos adolescentes. Começam a conhecer e experimentar o seu próprio corpo e o corpo do outro. Começam a ter desejos e atrações sexuais. A sexualidade na adolescência abrange o sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer e intimidade^{137,193}. Por conseguinte, nesta etapa, é comum acontecerem aproximações

mais íntimas entre adolescentes, inclusive com adolescentes do mesmo sexo. Contudo, esta aproximação não determina a homossexualidade da adolescente, e sim a prática de experiências inovadoras e exploratórias²⁰⁵.

Nas narrativas das adolescentes participantes, pôde-se identificar que as relações afetivas estabelecidas com outras meninas foram resultado de uma identificação e uma aproximação por alguém que divide as mesmas histórias de perdas, exclusões, dificuldades e rejeições. A atração física e o envolvimento surgiram do companheirismo, das escutas e conversas estabelecidas, dos afagos de conforto oferecidos uma para com a outra. Roteiros interpessoais estabelecidos na interação com o outro, onde os comportamentos vêm atender as expectativas e necessidades de si e do outro. As pessoas, em suas interações sociais colocam em ação os variados roteiros interpessoais que estas comportam¹³⁷. Presença e compartilhamento de cenários culturais de constante carência, privação e ausência, os quais os grupos de iguais desempenham papel fundamental no encontro das respostas e das descobertas, as quais seus núcleos familiares não oferecem.

Comumente, as adolescentes tendem procurar ligações mais íntimas com outras meninas, com as quais ocorrem as trocas de confidências, conversam sobre as perdas e rejeições, compartilham os jogos de sedução, paquera e namoro, e é nesse contexto que muitas vezes a atração física ocorre^{157,206}. O relacionamento afetivo possibilita que as pessoas experimentem relações de companheirismo, nas quais nem sempre é preciso acontecer experiências sexuais para que aconteçam as trocas e os afagos²⁰⁷. Acrescido a isso, é no período da adolescência que as primeiras paixões acontecem e o relacionamento com outros adolescentes ocorrem de diferentes maneiras e graus.

Antes de eu vim pra cá, eu estava no Taiguara. [...] Ela já era de um abrigo, mas foi passar uma noite lá. Passar pernoite lá. Aí eu dormi no mesmo quarto dela e a gente ficou conversando. E aí eu ia pro mesmo abrigo que ela tava. Só que aí depois mudaram e me mandaram pra cá. Só que eu continuei vendo ela. Ela vinha aqui e eu ia lá. Aí tia a gente ficou. Namoramos. Mas só foi beijo (A9).

Embora as adolescentes do estudo não tenham referido atos sexuais com outras adolescentes do mesmo sexo, é preciso destacar que nesta fase da vida, as experiências sexuais tornam-se constantes e o novo e desafiador as coloca frente a situação de vulnerabilidade às IST. A vulnerabilidade individual da adolescente está presente na singularidade do seu pensamento e de suas ações que a expõe à aquisição de um agravo à saúde¹⁴⁸. O pensamento de invulnerabilidade, onipotência e subjetivo presente nos adolescentes faz com que se sintam longe ou fora de um contexto de potencial risco à contaminação por IST.

Nesta categoria também emergiu a percepção das adolescentes em relação ao seu corpo. Elas apontaram vergonha de expô-lo ao parceiro ou até mesmo que não estão satisfeitas com o corpo de agora.

Eu tenho vergonha ainda de ficar pelada na frente dele, não sei porque, mas eu sinto vergonha de ficar pelada na frente dele. Aí assim nas primeiras vezes eu não deixei não, porque eu ficava com vergonha. Aí depois rolou [sexo oral], porque tava escuro, aí eu deixei, ele fazer, ele não tava me vendo mesmo (A6).

Às vezes eu fico assim sem pintar muita unha, mas as vezes eu tô limpando minha unha, limpando meu pé, mas eu só não sou de ficar me paparicando, passando maquiagem, pintar a unha o tempo todo. [...] Eu vou, tomo um banho, me arrumo, me arrumo toda, eu vou namorar (A7).

Adolescência é caracterizada pelas mudanças físicas, comportamentais, emocionais, sexuais e sociais e é marcada pelo esforço do indivíduo corresponder satisfatoriamente as expectativas culturais da sociedade em que vive. Neste contexto, o corpo e sua interação com o meio exerce papel fundamental na inserção deste adolescente em seu contexto social. Com isso, em uma sociedade onde o corpo desempenha importante valor social, as adolescentes que não se enquadram nos estereótipos exigidos sofrem ou se comportam como naturalmente excluídas. Na cultura ocidental, os atributos físicos socialmente aceitos normalmente são associados ao sucesso, poder e aceitação. Nessas cobranças sociais, a mulher magra passa a simbolizar competência, sucesso e atração sexual e a mulher gorda, ao contrário, oferece uma conotação de insulto ao saudável e ao bonito²⁰⁸. Acrescido as cobranças sociais, têm-se as particularidades dos grupos de iguais. Os grupos exercem influência direta na percepção desse corpo pela adolescente no intuito de torna-lo evidente e representativo com uma determinada identidade²⁰⁹.

Nas meninas de nossa sociedade, preocupações com a imagem corporal e o peso são comuns, onde a maioria delas apresentam insatisfação com seus corpos²¹⁰. Estudos apontam que essa alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal interfere diretamente na autoestima^{211,212,213}.

Com isso, pode-se afirmar que a construção e percepção do corpo pelas adolescentes transcendem as questões privadas, sofre influência dos espaços sociais mediado pelas interações. Neste sentido, os amigos, a instituição de acolhimento e a família (mesmo desestruturada), assim como as influências culturais contribuem para a construção da identidade do corpo das adolescentes no contexto em que estão inseridas.

Outro fator determinante para essa percepção do corpo pela adolescente é a mídia e as redes sociais. Na sociedade atual, esses veículos de comunicação exercem importante

intervenção nas posturas e comportamentos, principalmente dos adolescentes. Estes, por sua vez, são facilmente influenciados pela mídia cultural²¹⁴.

Embora esteja-se falando de adolescentes em situação de acolhimento institucional, onde, em algum momento, pode-se pensar que tais veículos de comunicação possam não fazer parte de sua rotina, essas adolescentes conhecem e tem acesso assim como a maioria dos adolescentes. Seus programas favoritos, as revistas que gostam de ler e os meios de comunicações que utilizam, tais como celular e redes sociais, são os mesmos que qualquer adolescente nessa fase utiliza para ser e estar conectado ao grupo. Logo, a cultura da magreza, do corpo voluptuoso, das roupas que modelam os corpos, acabam ditando a imagem corporal ideal e desejada por estas adolescentes. A cultura com enfoque demasiado na magreza e a mídia como veículo de massificação desse ideal, transforma o corpo em um objeto de projeção de desejos para se alcançar o modelo feminino de beleza²¹⁵.

Paralelamente à essas mudanças corporais, ocorrem as mudanças psicoemocionais, ou seja, a busca pela identidade, a tendência de grupos, a vivência singular e a evolução da sexualidade²¹⁶. A sexualidade aqui entendida como a forma que as adolescentes entram em contato com o mundo e como se percebem, utilizando o corpo como instrumento de conexão e comunicação. Com isso, pode-se afirmar que a sexualidade tem tanto a ver com as crenças, ideologias e imaginações desse grupo quanto com o corpo físico^{137,217}.

Assim sendo, estes acontecimentos de intensa mudança, muitas vezes, são considerados embaraçosos para algumas adolescentes, causando sentimentos dicotômicos de autonomia e dependência, prazer e vergonha, descoberta e encobrimento, liberdade e subordinação, inclusão e exclusão, onde vivências negativas dessa sexualidade e a ausência de perspectivas futuras implicam no descuido com a prevenção. A vergonha, insegurança, medo e baixa autoestima, associado a falta de apoio familiar, ao uso de droga e a vivência de violência, aumentam a vulnerabilidade dessas adolescentes às IST. A falta e/ou dificuldade de proteger-se das IST está diretamente relacionada aos aspectos psicossociais das adolescentes e sua percepção de pertença no grupo e na sociedade. As adolescentes se percebendo “feias, gordas e não desejadas” e, conseqüentemente, excluídas dos grupos sociais não identificam a necessidade e importância de usar preservativo^{148,218}. As características pessoais são construídas ao longo da história de vida das adolescentes que, por conseguinte, acontecem em contextos familiares, culturais e sociais peculiares, proporcionando um significado que leva a não preocupação na prevenção e promoção da saúde sexual⁴⁴. As atitudes pessoais frente a vivência da sexualidade são norteadas pela história de vida e suas experiências¹⁴⁸.

Ainda no contexto da vivência da sexualidade pelas adolescentes em situação de acolhimento institucional que participaram do estudo, surgiu na narrativa de uma delas questões referentes à perda da virgindade. Ela referiu sobre o momento certo de ter a primeira relação sexual e como ela irá lidar esse assunto com a filha. A ideia da manutenção da virgindade na narrativa abaixo, demonstra uma associação que a adolescente faz da sexualidade ao amor, contrapondo-se ao prazer dos homens. Ela orienta a perda da virgindade numa relação amorosa baseada em sentimentos de respeito e cumplicidade afetiva. Pode-se perceber que, para a adolescente, o sexo é vislumbrado num discurso romântico, onde sua prática não tem como finalidade o ato sexual por si só, tem o sexo como a possibilidade da consolidação de um relacionamento mais sério.

Os outros falam que tem idade pra perder a virgindade, mas com 10 anos também é muito ... muito cedo. Mas assim, se você amar uma pessoa, você ver que aquele cara é o certo pra você perder a virgindade, pode perder (A1).

[...] mas com minha filha não quero isso não. Quero que com 20 anos, 30 anos ela perca a virgindade. Que homem faz sofrer a mulher. As vezes ela fica com o garoto, perde a virgindade e não era aquele garoto (A1).

Atualmente, as mulheres vivenciam sua sexualidade de forma mais liberal, onde o “ficar” e a idade para a primeira relação tem sofrido fortes mudanças. Essa liberdade das mulheres em vivenciar a sexualidade se deu a partir da Revolução Sexual e o advento da pílula anticoncepcional que proporcionou a elas a conquista do direito de sentir prazer nas relações sexuais desvinculada da procriação, assim como os homens⁸¹. Contudo, a perda da virgindade ainda é considerada um rito de passagem, no qual a menina passa do mundo infantil para uma condição de mulher, e é encarada por esta como um momento especial, não desvincilhada do amor romântico. Diferentemente, o homem, socialmente, é incentivado a iniciar sua vida sexual o mais precoce possível independente do interesse ou vínculo com a parceira, mostrando e demarcando sua virilidade^{219,220}.

Dessa forma, os valores diferenciados, social, histórica e culturalmente, entre homens e mulheres atribuídos a primeira relação sexual são baseados nas relações de gênero, em que o modelo tradicional de virgindade ainda não sofreu modificações de igualdade. Mesmo com as conquistas femininas no que diz respeito as práticas sexuais, as motivações continuam respondendo aos papéis socialmente e culturalmente atribuídos as mulheres, onde o amor, romance e compromissos tornam-se propulsores para a primeira relação. Logo, pode-se perceber que a sexualidade das adolescentes se inscreve em roteiros sexuais, onde as condutas a serem tomadas são guiadas dentro de contextos culturais e históricos em que estão inseridas²²¹.

Tais condutas evidenciam que o papel sexual de homens e mulheres continua vigente e distinto, reforçando as assimetrias de poder nas práticas sexuais. Assimetrias estas que devem ser levadas em consideração nas discussões da vulnerabilidade, onde nas relações que existam contextos de violência, uso de drogas, ausência de diálogo, como os da adolescente em situação de acolhimento institucional entrevistadas, os métodos de proteção às IST possam ser difíceis de se negociar.

O gênero e a sexualidade são formas apreendidas socialmente e se ligam de maneiras diferentes nas culturas atuais, precisando ser valorizadas nas ações em saúde para poder efetivamente instrumentalizar as adolescentes na promoção a sua saúde sexual¹³⁷. As relações desiguais de poder entre homens e mulheres influenciam diretamente a vulnerabilidade individual e social das adolescentes às IST. Individual no que diz respeito a submissão ao desejo sexual masculino, sublimando seus desejos e anseios pessoais de promoção à saúde sexual ao interesse do companheiro em usar ou não preservativo, dificultando a negociação por práticas sexuais seguras. E social, pois essa desigualdade de poder, conferida socialmente ao homem e a mulher, gera a violência de gênero e torna-se um fator importante no acometimento das adolescentes às IST.

4.2 Saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional

A narrativa de vida das adolescentes em situação de acolhimento institucional entrevistadas revelou que a vulnerabilidade às IST está relacionada às suas condutas sexuais e as suas histórias de vida. As adolescentes apontaram vivência de violência sexual e prostituição, questões de gênero no que diz respeito ao uso de preservativo (dificuldade de negociação), uso de métodos contraceptivos para a prevenção de futuras gestações, conhecimentos limitados quanto a exposição as IST e aos cuidados necessários para se protegerem das mesmas.

No que diz respeito as relações sexuais e sua proteção, as adolescentes participantes do estudo, apontaram que não usam preservativo em todas as relações. Mesmo a adolescente que afirmou utilizar camisinha em todas as relações, no decorrer de sua narrativa apontou que teve somente um dia que nem ela nem o namorado quiseram usar e que foi exatamente nesse dia que engravidou. Contudo, as adolescentes que assumiram claramente não utilizar a camisinha em algumas relações, afirmaram que não identificavam a necessidade de usar com seus

parceiros, pois confiavam neles e sabiam que os mesmos não tinham nada, não tinham nenhuma doença. Identificavam que somente com rapazes “desconhecidos” era necessário usar. Mesmo no caso da adolescente A2 que precisou prostituir-se, a mesma narra que usou preservativo nessas relações porque não conhecia os parceiros.

Eu ia pra rua. Aí eu via uns caras aí querendo, aí acabava topando. Eu e minhas colegas acabava topando. Até mesmo pra conseguir algo pra comer. [...] Mas não foi nada forçado, a gente usou proteção nesse caso, porque não sabia o que os caras podia transmitir pra gente, só isso, só (A2).

Às vezes eu uso camisinha. Sei lá... Assim, se eu for com outra pessoa, com certeza eu vou usar, porque eu não sei o que a pessoa tem, mas ele [namorado] não. Ele já conheço, porque eu vi os exames dele também (A4).

Eu perguntei pra ele: “Você faz tratamento?” Aí ele disse: “Eu não gosto de hospital!” Por causa de que ele falou que não gosta de médico. Aí eu tinha que usar com ele. Com os outros dois eu não precisava, porque eles se cuidavam. Eles iam no posto, fazia exame de sangue, toda hora eles tavam no posto (A5).

A utilização do preservativo em nossa sociedade é associada à perspectiva da confiança/desconfiança, onde valores, padrões sociais e questões de gênero desestimulam o uso do preservativo, mesmo nos casos onde há possibilidade de contrair alguma IST¹³⁷. Baseando a discussão na Teoria dos Roteiros Sexuais, pôde-se identificar nas condutas sexuais das adolescentes, um cenário cultural e uma dimensão intrapsíquica onde o preservativo evoca o símbolo cultural de infidelidade e desconfiança e propô-lo na relação significa colocar a fidelidade e o relacionamento em risco e imputa no parceiro uma possível traição. Somado a isso, tem-se na sociedade uma naturalização imputada à mulher no que diz respeito a responsabilidade pela saúde reprodutiva, onde cabe a ela o cuidado para não engravidar, deixando para segundo plano a proteção contra as IST. Pode-se aqui afirmar que essas adolescentes estão expostas a vulnerabilidade social de gênero, onde a mulher detém a responsabilidade por não engravidar e não participam ativamente na decisão pelo uso do preservativo.

Nas narrativas das adolescentes fica claro que homens e mulheres têm condutas sexuais e responsabilidades sexuais diferenciadas e estas são determinadas por questões de gênero^{137,152,218}. O gênero e a sexualidade são formas apreendidas socialmente e se ligam de maneiras diferentes nas culturais atuais¹³⁷. As questões de gênero interferem diretamente na vulnerabilidade às IST, numa dimensão social, uma vez que desencorajam as adolescentes/mulheres de questionarem o uso de proteção nas atividades sexuais e as levam a aceitar o discurso masculino de que não gostam ou de que perdem a sensibilidade e o prazer na relação²²².

Só a última vez que eu não usei. Essa última que não. Eu não quis... eu e ele não quis usar (A3).

Ele não gostava muito de usar (camisinha) e depois de um tempo eu parei de usar. Eu também não quis mais (A4).

Durante muito tempo a sexualidade ficou restrita ao casamento institucionalizado para fins reprodutivos, porém no século XX ocorreu a dissociação entre sexualidade e reprodução. Com isso, novas maneiras de estabelecer relações íntimas foram criadas, onde o conceito de confiança passou a ter grande importância na construção e manutenção dessas relações^{223,224}. A utilização de preservativos passou a ser vista pelo prisma da desconfiança, onde a exigência de seu uso passou a ser vinculado ao medo do distanciamento ou término do relacionamento, ao invés de representar respeito e cuidado entre os pares²²³. O abandono no uso do preservativo nas relações sexuais surge na vigência de um relacionamento mais estável, sendo aqui interpretado como prova de amor, confiança e fidelidade ao parceiro ou, ainda, como consequência de uma sensação de proteção ligados ao sentimento de amor e fidelidade^{224,225}.

Nesses novos contextos, as adolescentes passam a desempenhar suas atividades sexuais, guiadas por esses cenários culturais, onde a camisinha é identificada como um instrumento necessário para uso com “desconhecidos” e não como um método de proteção e promoção da saúde sexual. O amor e as relações estáveis estabelecem significados nas práticas sociais e interferem diretamente nos contextos de vulnerabilidade, tanto numa dimensão individual quanto social^{44,46,137}. Individual no que diz respeito ao conhecimento da importância do uso da camisinha para prevenção das IST, porém devido aos papéis socialmente apreendidos a serem desempenhados nas relações sexuais ainda prevalece a “opção” de não usar a camisinha^{46,226}. E social, uma vez que as adolescentes em situação de acolhimento institucional apresentam uma carência da participação familiar na descoberta e desenvolvimento da sexualidade, tem nos educadores das unidades de acolhimento a perpetuação dos modelos sociais de desigualdade de gênero e de repressão da sexualidade na adolescência, trazem em suas histórias de vida inúmeras situações de violências e dividem suas experiências com seu grupo de iguais, os quais a maioria compartilham dos mesmos contextos sócio-econômicos-culturais^{81,226}.

Acrescido a isso, tem-se a cultura da impulsividade, da imediatez nos desejos sexuais. A impulsividade masculina, atrelada ao desempenho sexual, não permite a interrupção da atividade sexual ou mesmo da possibilidade de negociação do preservativo, pois tais situações podem acarretar a perda do controle e do desempenho sexual²²⁷. Apontam que além do desejo

sexual incontrolável, o uso do preservativo diminui a sensibilidade, atrapalhando sua performance.

Estudos destacam que os homens optam por não usar o preservativo alegando que sem preservativo eles podem sentir melhor o seu próprio orgasmo e o das companheiras. Conseqüentemente, esse desejo sexual impetuoso acarreta uma espontaneidade nas ações e uma falta de planejamento. Em um estudo sobre a escolha pelo uso de preservativos por jovens de três capitais brasileiras, 70% das mulheres e 74% dos homens justificaram o não uso de nenhum método contraceptivo nas relações sexuais por falta de atenção e programação prévia¹³³. Esses fatores, associados as questões sociais e culturais, favorecem a manutenção das diferenças de gênero, onde as mulheres não são estimuladas a pensar na sexualidade e os homens são incentivados a responderem imediatamente seus desejos sexuais²²⁸. Com isso, a noção de virilidade masculina está associada a impetuosidade, ao desejo sexual vivido de forma incontrolável e a noção natural de que é preciso correr risco. Em contrapartida, cabe às mulheres o controle das conseqüências desejadas ou indesejadas das relações sexuais.

Na perspectiva dos roteiros sexuais, esse comportamento do homem e da mulher nas relações sexuais demonstram o significado que o coletivo desempenha na conduta sexual, *significância sociogênica*^{138,144}. Diante dessas condutas, construídas socialmente, as mulheres possuem dificuldade maior em negociar o uso do preservativo, acarretando condutas sexuais desprotegidas e exposição maior às IST. A vulnerabilidade às IST pode ser apontada como o resultado negativo da relação dos recursos simbólicos disponíveis para as adolescentes e o acesso às oportunidades sociais e culturais, conseqüentemente, sua capacidade de agir para uma saúde sexual segura^{46,161,226}.

Ainda nesse contexto da abdicção do preservativo nas relações estáveis, outros métodos contraceptivos são considerados mais adequados em relação a proteção de uma gravidez indesejada. O método contraceptivo mais usado ou de escolha (após a gestação) pelas adolescentes participantes do estudo foi o anticoncepcional injetável (hormônio injetável). Para elas a facilidade da administração na unidade básica e o tempo “longo” de intervalo de uma dose para outra a levaram a optar por esse método em detrimento do anticoncepcional hormonal oral. Podemos também, considerar que a ausência do acompanhamento contínuo de sua saúde sexual e de orientações sobre os benefícios e malefícios do uso indiscriminado de anticoncepcionais hormonais na adolescência possa colaborar para essa escolha, independente dos agravos a sua saúde.

E já tô usando injeção também. Também já usei comprimido e agora a injeção. Mas eu prefiro injeção. O comprimido é ruim, porque as vezes eu esqueço (A3).

Mas assim eu não prefiro a pílula não. Eu prefiro a injeção, porque eu tenho uma coisa que eu não gosto chamada remédio. Todo dia de manhã tem que tomar aquela pílula, aí eu prefiro a injeção mesmo (A7).

Como se pode perceber, nas narrativas das adolescentes (A3 e A7) as condutas sexuais socialmente almeçadas assim como os contextos de vulnerabilidade inerentes desta faixa etária e do cenário onde vivem, estiveram presentes. Atrelados a esse contexto, algumas adolescentes apresentaram uma história de vida com vivência de violência sexual e prostituição, situações estas que influenciam diretamente seus contextos de vulnerabilidade.

Em relação a violência sexual vivenciada pelas adolescentes, todas foram vivenciadas enquanto conviviam com seus familiares, no interior do ambiente doméstico e tiveram como agressores o pai, os irmãos, o avô ou o padrasto. Para essas adolescentes, a violência sexual foi o motivo que as levaram a sair de casa, seja por medo, por denúncia ou pelo fato de suas mães não acreditarem na acusação e as expulsar. Destaca-se aqui uma importante vulnerabilidade programática existente no contexto das adolescentes em situação de acolhimento institucional que compromete a promoção e prevenção da saúde sexual¹⁵².

A ausência e/ou ineficiente atividade de cobertura dos programas governamentais, especificamente do Conselho Tutelar em intermediar esses conflitos, permitiram que essas adolescentes vivenciassem violência sexual intrafamiliar por dias, meses e anos e, conseqüentemente, ficaram vulneráveis às IST uma vez que nesses atos sexuais forçados os métodos protetivos não são usados.

Nesse período de dois anos eu fui abusada por meus dois irmãos mais velhos durante estes três anos inteiros. Aí quando fui morar com meu pai quando fiz doze anos, aí eles me abusaram no mês passado quando tinha doze anos, aí eu denunciei e vim pro abrigo (A7).

Quando eu fui estuprada pelo marido da minha avó, me colocaram a culpa e me bateram. Aí eu fugi (A10).

As violências sexuais em adolescentes tornam estes objetos de uso e exploração para alguém que se coloca coercitivamente em uma prática que busca prazer sem limite e que extrapola a ética e os direitos humanos²²⁹. A construção ideológica da mulher como passiva e a do homem como ativo vêm explicar o entendimento da sociedade de que as mulheres, devido à maneira de agir ou vestir-se, são vistas como tentando os homens a saírem do caminho da pureza, da razão e da moralidade, uma vez que a natureza feminina é baseada no corpo/emoção^{230,231}. As adolescentes, neste contexto, fazem parte da parcela dominada e submissa ao poder do mais velho e do gênero, sejam eles irmãos, pais, padrastos ou avôs,

onde o autoritarismo, o machismo e os preconceitos se articulam nos núcleos familiares e nos cenários culturais e se manifesta na sexualidade e nas relações afetivas^{137,232}.

A violência sexual intrafamiliar tem como um dos principais fatores de sua subnotificação e continuidade, a cumplicidade e silêncio, onde os parentes preferem não falar ou fingem não ver. Embora as adolescentes do estudo tenham contado sobre a violência para suas mães, estas, por sua vez, não acreditaram nas acusações. Frequentemente, em relação ao marido/agressor, a mãe tende a negar os indícios e recusa-se a aceitar a traição²³³. Já em relação a filha, a mãe divide sentimentos ambivalentes: ao mesmo tempo que sente raiva e ciúmes, sente culpa por não defender a filha. Devido a essa falta de apoio, a culpabilização e ao medo, adolescentes saem de casa em busca de um lugar seguro, apontando a vulnerabilidade social que estão expostas.

Vale destacar que adolescentes que vivenciaram ou presenciaram violência sexual encontram-se, frequentemente, expostos a outros tipos de violência, corroborando com as histórias narradas pelas adolescentes investigadas²³⁴. Tal desdobramento da violência sexual pode vir a ser uma consequência de fatores emocionais desorganizados, acarretando a permanência em um ciclo de violência e subjugação. Acrescido a isso, as adolescentes tornam-se mais vulneráveis às IST, uma vez que nas relações não consentidas o uso de métodos protetivos são inexistentes^{152,226,235}.

Ainda como consequência dessa desestrutura e desagregação familiar, encontra-se a prostituição das adolescentes em situação de acolhimento institucional. Esta prática surge como forma de subsistência à saída de casa e vida na rua. É nesse contexto que a adolescente vai aprender a sobreviver e refazer os vínculos afetivos. Elas encontram nesse cenário, novas regras, novas estratégias de sobrevivência, onde o corpo passa a ser utilizado como moeda de troca a fim de garantir comida, moradia e fonte de renda para financiar o uso de drogas. Reportando-se ao contexto sócio-familiar em que estão inseridas e que já foi identificado no decorrer deste trabalho, encontram-se as adolescentes economicamente e culturalmente oprimidas, provenientes de famílias marcadas pela miséria e permeadas pelo abuso e pela violência. Logo, a adolescente vivencia na rua a fantasia da liberdade e a escravidão da sobrevivência.

Eu já cheguei a me prostituir pra conseguir um dinheirinho e coisa e tal... (A2).

É porque eu não tinha pra onde ir, aí lá a gente faz o programa e lá eles te dão dinheiro pra comer e lá dava pra dormir e tomar banho. [...] A gente trabalhava e aí tirava dinheiro pra comer. Quando eu não tinha pra onde ir, eu tava dormindo lá. Dormindo, tomando banho, fazendo tudo lá (A9).

A precariedade econômica e a difícil colocação no mercado de trabalho por baixa escolaridade tornam-se fortes justificativas para as mulheres se dedicarem à prostituição²³⁶. Acrescenta ainda que diante de sua vida de penúria, privação e miséria, as adolescentes acabam sacrificando seus corpos a fim de angariar algum sustento.

Como é possível identificar, a prostituição está articulada à rede familiar fragilizada pela pobreza e pela violência, tornando-se uma fonte de renda e de sobrevivência para indivíduos reféns de mais diversas desigualdades sociais. Contudo, mesmo tendo uma falsa autonomia, em que a adolescente usa seu corpo em troca de dinheiro, a comercialização do corpo constitui-se numa relação de coisificação do sujeito. Configura-se numa mercantilização do sexo e reforça os processos simbólicos, imaginários e culturais machistas, patriarcais, discriminatórios e autoritários, onde homens a fim de atender seus desejos sexuais destemidos pagam por esses corpos e expõem essas adolescentes a vulnerabilidade às IST^{237,238}.

Neste contexto, as adolescentes tiveram violados os direitos sobre si e a capacidade de decidir sobre seu corpo e seu destino, acarretando inevitavelmente desequilíbrios em sua saúde e demonstrando contextos importantes de suas vulnerabilidades sociais, tais como pobreza e comercialização do corpo²²².

Além do exposto, as adolescentes nesse estudo, também, referiram que para conseguir se prostituir era preciso o uso de drogas e que estas serviam como artifícios para impulsionar e justificar as inúmeras práticas sexuais. Viam nas drogas a possibilidade de esquecer as dificuldades e as precariedades das estratégias utilizadas para sobreviver fora de casa.

E aí a gente se prostituía antes de usar [droga], depois de usar também. Que a droga, até o fato de eu tá fora dessa vida, tipo fazia isso pra sair da realidade, entendeu? (A2).

Assim tia, pra ficar lá e fazer as coisas só drogada mesmo. No prostíbulo eu tinha que me drogar pra conseguir. Porque é com uma pessoa que você nunca viu e você tem que fazer isso. É horrível. Eu tinha que me drogar pra conseguir fazer (A9).

Em relação ao uso de drogas e a prostituição, estudos apontam que não é o uso de drogas que leva à prostituição, mas, uma vez iniciada essa atividade, as mulheres utilizam a droga como suporte, alicerce para enfrentar essa realidade, desencadeando com isso um ciclo vicioso^{239,240,241}.

Como encontrado entre as adolescentes em situação de acolhimento institucional participantes do estudo, as mulheres tendem a valer-se do corpo e do sexo como moedas de troca para garantir ou manter o vício das drogas²³⁹. Contudo, essa associação expõe as adolescentes ao risco de contrair IST, devido aos efeitos da droga, bem como existe

dificuldade de incorporar medidas de sexo seguro e a vulnerabilidade social a que ficam expostas, considerando que essa relação ocorre sem a adoção de preservativo^{222,240,242,243}.

Como destacado anteriormente, as adolescentes em situação de acolhimento institucional apresentam condutas sexuais carregadas de preceitos sociais e dimensões intrapsíquicas que associadas a vulnerabilidade social de gênero, pobreza e desestruturação familiar, expõem essas adolescentes a dificuldade em negociar e posicionar-se em relação as medidas protetivas às IST e terem garantido seus direitos sexuais.

Ainda no contexto da saúde sexual, algumas adolescentes entrevistadas referiram que os problemas ginecológicos que já apresentaram em relação aos órgãos sexuais foram leucorréia (corrimento) e lesão vulvar, tendo utilizado como tratamento o creme vaginal e a cauterização (esse caso apresentado somente por uma adolescente). Contudo, nenhuma identificou esses quadros como possíveis sinais de IST. Mesmo a adolescente que referiu ter realizado cauterização, mencionou que não sabe apontar o motivo do tratamento.

Mas eu nunca tive nada. Só tive corrimento e aí a médica do posto só passou pomada e eu usei (A3).

Eu fui no posto também pois tava com corrimento e aí eles foram e me passaram aquela pomada (A5).

Uma vez eu tive que fazer... um negocinho que queima assim. Aí eu fui lá... aí teve, eu só não sabia o que era. Aí fui no médico. Aí foi e começou a tratar. Falou que eu não podia fazer sexo, porque eu tava no tratamento, passando a pomada. Aí depois sarou (A6).

No Brasil, não existem dados exatos da prevalência de IST entre adolescentes. O número de casos conhecidos encontra-se baixo, possivelmente pelo fato da Aids e Sífilis serem de notificação compulsória e pelo fato de a maioria das IST nas mulheres serem assintomáticas ou, culturalmente, medicadas na farmácia^{129,244}. Essa realidade aponta para a vulnerabilidade programática a que essas adolescentes estão expostas, pois decorrente da falta de dados estatísticos que retratem a realidade da saúde sexual, as diretrizes e prioridades governamentais não atendem as reais necessidades dessa parcela da população.

A contaminação por alguma IST torna a adolescente mais vulnerável à outras doenças, principalmente o HIV. Além disso, quando o diagnóstico da IST não é feito a tempo, pode evoluir para um agravamento da saúde da mulher, como infertilidade e câncer, assim como elevar os índices de mortalidade materna e infantil¹⁰².

É sabido que a adolescência é a faixa de idade que mais é acometida pelas IST, principalmente pelas características peculiares desse período, tais como: impulsividade, imaturidade, busca pela autonomia, utopia, ingenuidade, entusiasmo, idealismo, onipotência e

invulnerabilidade. Atrelado a isso, os contextos sociais em que as adolescentes estão inseridas são fatores que também predisõem a uma maior ou menor vulnerabilidade às IST^{46,148,152}.

A adolescência é o período da vida em que a experimentação da sexualidade possibilita a estruturação de sua identidade, e os preconceitos, crenças e as relações de gênero organizam as possibilidades sexuais-afetivas dos adolescentes²⁴⁵. As adolescentes participantes do estudo, muitas vezes para cumprirem seus papéis sociais de mulher, desempenharam práticas sexuais nocivas a sua saúde e sua própria vida^{137,222}.

De um modo geral, como descrito anteriormente, fica atribuído ao homem a iniciativa do uso ou não do preservativo. Associado a isso, tem-se a justificativa do não uso de preservativo pela confiança no parceiro e como prova de fidelidade. Com isso, as adolescentes tornam-se mais vulneráveis às IST, pois dispensaram o uso do preservativo em prol do amor e da confiança ao parceiro e não como preocupação em cuidar de sua própria saúde sexual. Tais condutas demonstram a permanência de um poder de gênero que leva a mulher se comportar de maneira submissa no âmbito da vivência de sua sexualidade e proteção às IST⁴¹. As desigualdades de gênero fazem emergir um contexto de vulnerabilidade social e um roteiro sexual de submissão. Assim, as negociações nas práticas sexuais se tornam inviáveis e o homem é quem detém as decisões no relacionamento, muitas vezes, optando por não usar métodos de proteção^{137,222,246}.

Somado a isso, as adolescentes por ignorarem a possibilidade de contaminação por alguma IST, ou até mesmo, por acreditar que o ato sexual está sendo feito com “pessoas seguras”, como foi evidenciado neste estudo, se veem isentas de alguma doença transmissível. Mas, na verdade, todas estão suscetíveis de contaminação. A adolescência traz como características o idealismo, a curiosidade e a contestação, despertando nos jovens uma necessidade de desafio que, associado à falta de experiência e vivência anterior, faz com que eles se sintam invulneráveis e, conseqüentemente, mais vulneráveis às IST pelo não uso de preservativo^{148,243,247,248,249}.

Eu soube da Sífilis, porque a Aids eu já conhecia. Mas eu não fico pensando nisso, porque eu não tenho (A2).

Só HIV que eu lembro. Mas isso nunca passou na minha cabeça não (A5).

Assim... eu não fico pensando muito nestas coisas não. Sei lá! Tenho coisas importantes pra fazer (A6).

Vale destacar também que as IST carregam um estigma histórico vinculado à prostituição e à marginalização, onde sua interpretação ainda é vinculada como doença originária do pecado. Estes preconceitos e tabus acarretam comportamentos de sonegação e

inibição quanto ao diagnóstico ou possibilidade de ter uma IST^{148,243,250,251}. Acrescido a isso, as mulheres, normalmente, não se percebem vulneráveis as IST, uma vez que cumpriram seu papel dentro do roteiro sexual de amor e dedicação^{102,137}.

Associado a isso, em nossa sociedade, a sexualidade e, conseqüentemente, os cuidados com a saúde sexual, encontra-se imersa em tabus, mitos e crenças, em que a descoberta e conhecimento do corpo pela própria adolescente não é estimulado. Contudo, algumas adolescentes descreveram em suas narrativas o medo de contrair uma IST, principalmente a Aids e Sífilis. Possivelmente as adolescentes citaram essas duas doenças como as mais temerosas pelo fato de serem abordadas ostensivamente nas campanhas e programas de prevenção e promoção à saúde sexual, como, também, pelo imaginário de promiscuidade, gravidade e morte que as envolvem.

Tenho medo... Já tive cara a cara com a Aids, tia. Minha mãe morreu de HIV. Meu pai tem. Meu irmão tem. E eu sofri abuso e não peguei (A7).

Agora tia eu tenho medo de doença. Essa tal de sífilis aí que eu tenho medo, tenho medo da AIDS. Deus que me perdoe. Sei lá tia... Tá maluco! O bagulho vai matando aos poucos (A8).

O mistério em relação à etiologia e à terapêutica nos anos iniciais, associado ao número crescente de pessoas acometidas e de casos que resultaram em mortes ou malformação, não só caracterizaram a Aids e a Sífilis como doenças altamente contagiosas, como, também, instigou o imaginário social correlacionando-as à morte, droga, promiscuidade, traição, homossexualismo, segregação e preconceito²⁵².

Assim, como tem sido destacado no decorrer do estudo, a sexualidade e as condutas sexuais são relações sociais que envolvem poder, hierarquia, expectativa e significados sociais. As ações educativas voltadas para o adolescente devem contemplar esses contextos, esclarecendo as dúvidas e medos acerca da temática abordada e, sobretudo, a identificação do cenário cultural no qual está inserido, pois as estratégias devem condizer com sua realidade para que sejam efetivas. É entender os roteiros sexuais e as vulnerabilidades às IST não só no âmbito individual, mas também num contexto coletivo, de socializações e trocas^{137,148}.

Durante a adolescência ocorre um processo de socialização, no qual os jovens passam a ser influenciados não só pela família, mas também por outras fontes sociais, como amigos, escola, mídia, igreja¹⁰². A socialização das adolescentes constitui uma etapa importante no processo de aprendizagem, em que os roteiros sexuais espelham as variadas e diferentes socializações estabelecidas na construção da sexualidade. Entretanto, essa socialização é permeada pelas questões de gênero que influenciam a forma como homens e mulheres

estabelecem nas relações o papel de sujeito e subordinação. Nesse sentido, “o sistema de gênero ajuda a emoldurar os scripts e as práticas sexuais” e, conseqüentemente, aumentar a vulnerabilidade às IST na dimensão social^{148,243,253}.

No que se refere aos conhecimentos gerais relacionados às IST, observou-se que as adolescentes apresentavam conhecimento restrito sobre as doenças transmitidas pelo sexo e os métodos de proteção, ou seja, apresentaram uma vulnerabilidade individual no que diz respeito ao grau e qualidade da informação sobre os danos inerentes as suas condutas sexuais^{44,148,243}. Dentre as doenças, as que mais foram destacadas, aparecendo em todas as narrativas, foram a Aids e a Sífilis, fato este que pode estar relacionado à maior divulgação destas doenças por campanhas e propagandas educativas.

Falava comigo o que era HIV e de outra também que eu esqueci que ele falava comigo... Só HIV que eu lembro (A5).

Essa tal de sífilis aí que eu tenho medo, tenho medo da AIDS (A8).

Falou das doenças também. Falou de sífilis, aids... é... esqueci o resto. Eu só sei essas duas mesmo (A10).

É fato que nas últimas décadas ocorreram inúmeras conquistas em relação às políticas públicas voltadas para a saúde integral de diversos extratos populacionais, fortalecendo a questão da saúde como um direito universal e integral. Neste panorama, um novo olhar foi dado à adolescência, capaz de identificar suas necessidades específicas e definir suas prioridades dentro do contexto de prevenção e promoção da saúde de forma integral. Nessas políticas, a preocupação com a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes foi valorizada, identificando que os direitos sexuais e reprodutivos desta população são direitos humanos e propiciam o pleno exercício do direito fundamental à saúde²⁵⁴. Outra conquista, foi a ampliação da educação sexual para os adolescentes, incluindo a temática nas escolas, assim como nos meios de comunicação, como a televisão. Essas estratégias possibilitaram divulgar e informar os adolescentes sobre as IST e seus métodos de proteção²⁵⁵. Entretanto, as campanhas ainda detêm um foco maior na Aids e sífilis, acarretando uma vulnerabilidade programática maior às demais IST pela falta de informação e, conseqüentemente, o desconhecimento quanto a prevenção e tratamento.

Atualmente somente a Aids, o HIV em gestantes e crianças expostas, a sífilis gestacional e congênita e as hepatites virais são doenças sexualmente transmissíveis de notificação compulsória. A ausência de um sistema de coleta de dados de base nacional para as demais IST, associado a escassez de campanhas informativas, dificultam suas estimativas e diminui as ações efetivas na conscientização da importância da prevenção^{152,193,256}.

A sífilis é uma das IST mais antigas que ao longo dos séculos tem registrado variações importantes de prevalência, infectividade e morbimortalidade associada, que, segundo a OMS, atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo²⁵⁷. No Brasil, a estimativa, do Ministério da Saúde, de diagnóstico da sífilis congênita é estimada em 13.000 casos novos a cada ano e “a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal ocorre em 40% dos casos de crianças infectadas a partir de mães não tratadas”²⁵⁸. No ano de 2011, no Brasil, a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 3,2 casos de sífilis congênita/1000 nascidos vivos²⁵⁹.

Entretanto, mesmo com os dados apresentados, o engajamento e preocupação social acarretado com a epidemia do HIV e sua intensa mobilização não atinge na mesma proporção as demais IST. Conseqüentemente, os recursos materiais e financeiros disponíveis para o enfrentamento da epidemia do HIV é significativamente maior do que para as outras IST, trazendo impacto nas produções de conhecimento e nas campanhas educativas²⁶⁰. O conhecimento produzido sobre a maior parte das IST “tende a ser predominantemente clínico, circulando exclusivamente entre os profissionais de saúde. Já a produção de conhecimento em torno do HIV envolve a participação de profissionais e ativistas, de diferentes áreas do conhecimento e de diferentes esferas sociais”²⁶⁰.

Somado a esse contexto, muitas IST são assintomáticas nas mulheres e grande parte dos serviços de saúde não realizam minucioso exame clínico e boa anamnese durante a assistência à essas mulheres, o que contribui para a cronicidade de muitas infecções e, conseqüente, complicações. Do mesmo modo, a escassez de atividades educativas que orientem as adolescentes quanto as possíveis IST a que estão expostas, assim como a dificuldade em realizar o tratamento do parceiro, aumentam a vulnerabilidade às IST numa dimensão programática²⁶⁰.

Outro fator importante, associado a não prevenção e promoção da saúde sexual pelas adolescentes, é a ausência de preservativo nas práticas sexuais. Apesar da grande divulgação sobre a importância da camisinha como método de prevenção das IST, muitas adolescentes ainda não adotam esse cuidado em suas práticas, destacando aqui a vulnerabilidade individual destas adolescentes que ainda não conseguem elaborar e executar as informações recebidas e assim mudar suas práticas sexuais^{44,148,243}. A explicação pode estar na forma como a temática está sendo trabalhada junto aos adolescentes. Somente veicular a informação não é suficiente para a mudança e adoção de comportamentos preventivos entre os adolescentes. Eles precisam aprender a identificar a situação de risco e sua vulnerabilidade, conhecer as alternativas existentes de proteção e decidir pela melhor alternativa para cada situação,

respeitando seus valores pessoais^{222,226,261}. Ou seja, é preciso informar para favorecer a construção da cidadania. Consequentemente, promovendo a autonomia do autocuidado, as adolescentes garantem sua cidadania, e consequentemente reduzem a vulnerabilidade às IST. Na perspectiva da cidadania para a redução da vulnerabilidade às IST, as adolescentes “devem ter ampla participação na escolha de meios e fins” no que diz respeito a proteção²⁶². E nesse sentido, as adolescentes são as únicas que podem avaliar com maior clareza o que consideram mais importante para suas vidas, onde o amor, a confiança e, principalmente, o gênero permeiam os roteiros sexuais das adolescentes participantes deste estudo.

Já em relação aos métodos contraceptivos, as adolescentes apresentaram mais conhecimento, tanto em relações aos tipos quanto a forma de usá-los. Os métodos contraceptivos citados pelas adolescentes foram: anticoncepcional injetável e oral, DIU, pílula do dia seguinte, laqueadura tubária, diafragma, camisinha feminina e masculina e dispositivo implantado. As escolhas aconteceram nos grupos de planejamento familiar ou nas consultas médicas nas unidades básicas. Somente uma adolescente referiu que não faz uso de nenhum método contraceptivo, inclusive camisinha, e que nunca foi a uma consulta médica.

O método mais utilizado pelas adolescentes foi o anticoncepcional injetável, alegando que não corriam o risco de esquecer como acontecia quando utilizaram a pílula. Em relação aos outros métodos, elas apontaram inúmeras razões para justificar o não uso: estranheza, dificuldade de colocar, risco de sangramento e/ou infecções, esquecimento e falta de organização/rotina para poder usar.

Eu já sei já de tudo. DIU, camisinha... é... DIU, não! Eu já falei. DIU, camisinha... aquele negócio assim grandão, redondo... Diafragma! Que a tia já falou. Tem o anticoncepcional injetável. Que mais? E... E a camisinha feminina! E o comprimido né (A3).

Pra não engravidar eu sei que tem anticoncepcional, quanto como injeção, como pílulas, aquele DIU, implante que coloca embaixo do braço. Esses são pra não engravidar, mas pra você não transmitir doença tem a camisinha, que é o mais... o mais falado né?! É o que eu acho que pra prevenir a doença sexual tem isso... a camisinha (A7).

Historicamente, a responsabilidade da saúde reprodutiva é da mulher, cabendo a ela prevenir-se de uma gravidez não planejada. O início das atividades sexuais na adolescência impõe cuidados especiais para que se evite uma gestação não planejada. Para isso, é preciso disponibilizar métodos contraceptivos eficazes, facilidade de acesso, a fim de conseguir ter adesão na prevenção e promover adequado planejamento familiar²⁶³. Entretanto, esse cuidado deve estar associado a saúde sexual, onde a camisinha integre uma medida de autocuidado de prevenção as IST e não só caracterizada como método para evitar uma futura gravidez.

As adolescentes entrevistadas mesmo tendo referido que usavam camisinha, elas reforçaram o discurso de usar somente com desconhecido para se proteger de possíveis doenças, reforçando aqui o roteiro sexual de confiança e desconfiança para com o outro desconhecido¹³⁷. Porém, mesmo nesses casos, não se preocupavam quando não usavam, pois faziam uso de outros métodos que evitam a gravidez. Inclusive a adolescente que referiu que não usa nada para se proteger, pois refere que nunca engravidou devido a problemas hormonais que impede possível gestação. Tais questões apontam para a despreocupação dessas adolescentes com as IST.

Eu tomo injeção. Acho que vou parar de tomar injeção. Aí eu quero ligar. Eu quero. Não quero mais ter filhos! Eu não quero mais (A1).

Tomei remédio e tudo. Mas é assim tia, de vez em quando eu uso camisinha de vez quando não. Tia, na verdade... tia não me preocupo com esse bagulho de gravidez, porque... porque eu tenho... [...] porque eu tenho um problema sério com meu “esteroma” (A8).

Com a difusão e ampliação do conhecimento de que as pílulas garantiam a proteção para gestações não planejadas, as mulheres passaram a ter uma maior liberdade no exercício das relações sexuais e, conseqüentemente, uma diversidade de parceiros já que a prática sexual estava desvinculada a qualquer pretensão de casamento e reprodução²⁶⁴. Porém, a difusão e preocupação com a transmissão das IST não aconteceu na mesma proporção, tendo seu uso estimulado com o advento da AIDS.

No caso dos adolescentes, em ambos os sexos, o início das atividades sexuais e sua permanência acontece sem conhecimento suficiente sobre prevenção e, principalmente, a identificação da importância do uso de preservativo mesmo fazendo uso de algum outro método contraceptivo²⁶⁵. As adolescentes, como demonstraram nas narrativas do estudo, julgam importante somente se prevenir de uma gestação indesejada e não planejada e não consideram preocupante a possibilidade de uma contaminação por IST. Alguns estudiosos apontam que as adolescentes não possuem maturidade suficiente para dimensionar e racionalizar as conseqüências de seus comportamentos sexuais, expondo-se, frequentemente, às situações que aumentam a vulnerabilidade individual à IST^{148,243,266,267}.

Outra questão que apareceu nas narrativas das adolescentes foi referente as influências recebidas na escolha do método. As adolescentes contaram com o auxílio dos profissionais de saúde que vão as unidades de acolhimento (trabalhos de extensão) assim como dos profissionais de saúde do posto. Contudo, todas as adolescentes foram encaminhadas ao posto, pela própria unidade de acolhimento, que tem a prática de agendar acompanhamento periódico nas unidades básicas de referência ou realizar parceria com profissionais que

desenvolvam atividades educativas nas próprias unidades de acolhimento para as adolescentes. Somente uma adolescente referiu que foi ao posto de saúde encaminhada e na companhia da tia.

No planejamento familiar falaram das doenças também. Falaram sobre as doenças e falaram sobre os pre... aquelas coisas de se prevenir (A4).

Eu já passei em outros abrigos que ia pessoas pra falar disso também, mas eu só conheço essas. [...] No posto eu também já fui na palestra e lá elas falou sobre essas coisas também de prevenir (A9).

A saúde sexual, assim como a reprodutiva, ocupa lugar importante na formação da identidade e autonomia das adolescentes e exerce papel fundamental na construção de mulheres saudáveis e na igualdade de gênero. Assim sendo, é necessário considerar em que condições a saúde sexual é construída, pois esta depende das relações e estruturas sociais em que a adolescente está inserido^{137,222,268}.

A educação sexual, por vezes, é iniciada no núcleo familiar, onde as orientações e os esclarecimentos se tornam essenciais na formação da identidade das adolescentes. Neste contexto, os pais precisam conversar sobre a sexualidade, explicar sobre prevenção e promoção da saúde sexual e esclarecer as dúvidas da adolescente sobre o assunto²⁶⁹. Contudo as adolescentes em situação de acolhimento institucional participantes deste estudo não possuem a família como referência. Apresentam famílias desestruturadas e com histórias de violência, submissão e privação que dificulta ou, até mesmo, impede a construção de um vínculo capaz de favorecer uma conversa sobre sexualidade e os cuidados necessários. Muitas vezes, essa postura também não é possível, pois essas famílias não possuem como realidade o diálogo e a educação torna-se praticamente inexistente. Normalmente, as famílias reproduzem o contexto e os cuidados que receberam ou que conhecem. De geração para geração, essa conversa nunca existiu.

Outra possível fonte de informação e orientação é a escola que, assim como a família, também exerce importante influencia na formação da adolescente. A escola, junto com outros espaços sociais, exerce função decisiva na formação dos estudantes, na identificação e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas^{152,270}. Esse espaço tem sido incentivado por medidas governamentais no que diz respeito a incluir nos currículos a discussão da saúde sexual e reprodutiva, objetiva contribuir para o fortalecimento no desenvolvimento saudável e responsável das adolescentes e visa o enfrentamento dos contextos de vulnerabilidade, principalmente no que se refere as gestações na adolescência e as IST^{23,226}. Contudo, as adolescentes em situação de acolhimento institucional que

participaram do estudo e que mencionaram essa atividade desenvolvida pelas escolas não as identificaram como instrumentos de importante divulgação sobre IST, como espaço aberto para a conversa e esclarecimento de dúvidas, o que sinaliza uma vulnerabilidade programática em relação às ações desenvolvidas por essas redes sociais.

Tem doenças que a gente nunca ouviu falar, porque nem tudo a gente aprende na escola, nem tudo você aprende... tudo na escola (A7).

Eu sei que tem camisinha, anticoncepcional... não sei... injeção, mas nunca usei nada. Uma professora da escola falou sobre isso. Falou das doenças também. Falou de sífilis, aids... (A10).

Não se pode também esquecer da influência dos amigos e dos meios de comunicação. Embora não tenha sido apontado pelas participantes do estudo, as adolescentes recorrem aos amigos, a internet e as revistas para conhecerem as novidades e/ou esclarecerem dúvidas. Constituem fontes que influenciam diretamente as adolescentes em relação às condutas sexuais e às formas de prevenção das IST. Contudo, deve-se ser cauteloso a esse respeito, pois as adolescentes ao não encontrarem espaços adequados para conversarem sobre suas ansiedades, dúvidas e descobertas, acabam recebendo informações distorcidas, multiplicando mitos e tabus, e aumentando a vulnerabilidade individual às IST^{148,243,271}.

As adolescentes participantes do estudo narraram que as orientações e esclarecimentos recebidos sobre IST foram realizados pelos profissionais nas unidades básicas de saúde de referência da unidade de acolhimento, assim como nas próprias unidades de acolhimento. Neste sentido, pode-se dizer que as unidades de acolhimento cumpriram sua função de espaço capaz de providenciar ou desenvolver práticas de cuidados às adolescentes que assegurem seus direitos em relação a saúde sexual e reprodutiva, determinadas pelo ECA¹⁴. Em relação às ações dos profissionais de saúde, a educação em saúde constitui importante componente na assistência. Ela é definida pela OMS²⁷² como uma ação praticada sobre os indivíduos com o intuito de modificar seus comportamentos, oferecer instrumentos para que adquiram e conservem hábitos saudáveis e aprenderem a usar os serviços de saúde em prol da tomada de decisão para uma melhor qualidade de vida. Na prática, a educação em saúde são ações que não devem prescrever comportamentos, mas sim promove-los^{222,243,273}.

Entretanto, a educação em saúde para as adolescentes nas unidades básicas de saúde tem se limitado ao planejamento familiar²⁷⁴. Esse espaço é dedicado para que a mulher, o homem e/ou o casal possa planejar sua vida reprodutiva, conhecendo os métodos contraceptivos para, de forma igualitária, escolher a melhor opção. É também o espaço para os profissionais de saúde estimularem a prática da dupla proteção, visando a prevenção

simultânea das IST⁶⁶. Atualmente, o termo planejamento familiar está sendo substituído pelo termo planejamento reprodutivo, uma vez que o planejamento pode ser feito por qualquer pessoa individualmente, independente se querem ou não instituir uma família e/ou se possuem ou não parceiros fixos^{71,226}. Entretanto, esse termo mantém o foco nas ações voltadas a saúde reprodutiva, reforçando uma prática educativa direcionada a fecundidade e discutindo pouco as medidas necessárias para se garantir uma saúde sexual saudável, apresentando com isso uma permanência da vulnerabilidade programática das ações de prevenção às IST.

Somado a isso, as ações de saúde têm direcionado as atividades na mulher, utilizando poucas iniciativas para envolver o homem nas ações da saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, é preciso ampliar as abordagens para os homens a fim de envolvê-los nas ações educativas e, assim, valorizar sua corresponsabilidade nas condutas sexuais^{71,222,226}.

Diante de todo exposto, pôde-se identificar que as adolescentes em situação de acolhimento institucional participantes deste estudo estão expostas as inúmeras vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas às IST e cabe a todos, e não só a elas, modificarem esse contexto. É preciso uma unificação dos saberes e um empoderamento dessas adolescentes para estarem protegidas em seus roteiros sexuais, com escolhas próprias e com força e respeito necessários para estarem na sociedade e no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os roteiros sexuais e, conseqüentemente, as dimensões de vulnerabilidade às IST de adolescentes em situação de acolhimento institucional foi importante, pois revelou que são questões fundamentais para incorporar na assistência a essas adolescentes, visando, principalmente, a prevenção e promoção a saúde sexual e o empoderamento dessas adolescentes.

O estudo mostrou que, conforme projetado no primeiro e terceiro pressupostos desta pesquisa, nos roteiros sexuais das adolescentes entrevistadas têm em seus contextos particularidades da própria adolescência como também influências de um contexto social de violência, pobreza, desagregação familiar, desigualdades de gênero – submissão, prostituição e uso de drogas. As adolescentes desta pesquisa acreditam no amor romântico e confiam em seus parceiros a ponto de dispensarem o uso da camisinha como forma de confiança e respeito ao seu desejo de não querer usar. Estas atitudes, por conseguinte, contribuem para uma maior vulnerabilidade às IST pela ausência e/ou pela dificuldade do uso de medidas protetivas. Incluir essas questões na atenção à saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento institucional, fundamentadas no princípio da integralidade e humanização tornam as ações de saúde mais efetivas e eficazes às adolescentes em situação de acolhimento institucional, valorizando suas especificidades.

Observamos, no grupo das adolescentes em situação de acolhimento institucional, que o acesso à informação a respeito dos riscos das relações sexuais não protegidas não é suficiente para que as medidas protetivas sejam adotadas em todas as relações e que apesar das campanhas a favor do uso sistemático dos preservativos, as adolescentes continuam a usá-lo de forma inconsistente. Assim, é preciso traçar uma perspectiva de atuação onde as adolescentes sejam estimuladas a pensar criticamente sobre a sua realidade e assim serem capazes e escolherem as condutas sexuais mais saudáveis para si e para seus pares, diminuindo, conseqüentemente, a vulnerabilidade às IST.

Embora as políticas públicas tenham ampliado as discussões sobre gênero e grupo vulnerável e vem apontando como espaços favoráveis para o desenvolvimento das ações educativas as unidades básicas de saúde e as escolas, a cobertura às adolescentes em situação de acolhimento institucional fica muito aquém. Identificar as unidades de acolhimento como espaços favoráveis para as ações educativas, trabalhar as questões referentes a cidadania e os direitos humanos, desenvolver, com essas adolescentes, espaços criativos e emancipadores,

buscando superar a ideia da inevitabilidade da exclusão, é um desafio aos programas de prevenção e promoção. Logo, pode-se verificar que o quarto pressuposto da presente pesquisa foi constatado, onde observa-se que a inadequada e/ou inacessibilidade aos programas/ações de saúde eficazes e com ampla cobertura às adolescentes em situação de acolhimento institucional ampliam a vulnerabilidade às IST.

Outra proposta deste estudo e apontada como importante ferramenta de acesso as adolescentes é a utilização dos meios de comunicação, comumente difundidos entre elas. A internet e as redes sociais tornam-se ferramentas capazes de ampliar a disseminação de conhecimento e de incentivar, nos grupos de conversas, blogs, chats, esclarecimento de dúvidas e divulgação de ações de empoderamento nas relações sexuais. Conseqüentemente, adolescentes instrumentalizadas, menor vulnerabilidade às IST.

Ainda acreditando na importância da ampliação do conhecimento e da discussão sobre saúde sexual, o estudo afirma que a formação de adolescentes nas unidades de acolhimento como multiplicadores de conhecimento torna-se uma enriquecedora estratégia para educação em saúde. Embora nas narrativas das adolescentes não tenha sido destacado a influência dos outros adolescentes acolhidos em relação a saúde sexual, como foi cogitado no segundo pressuposto desta pesquisa, diversos estudos científicos afirmam que, na adolescência, os amigos/grupos de iguais exercem importante influência nas condutas sexuais e na disseminação de informações. Além disso, esses adolescentes multiplicadores podem despertar em outros adolescentes seu potencial transformador da realidade, logo diminuir seus contextos de vulnerabilidade às IST.

Somado a isso, identificamos ser importante que as unidades de acolhimento também sejam pólos de distribuição de métodos protetivos. Contudo, essa distribuição deve estar vinculada as orientações, conversas e esclarecimentos, sendo necessário para isso a incorporação na equipe destas unidades a profissional enfermeira para que a mesma possa oferecer educação em saúde de forma contínua e que seja identificada pelas adolescentes como um facilitador desse processo. Identificamos que ter o profissional enfermeiro dentro das unidades de acolhimento ajuda nessa disseminação de informação e na quebra de mitos e tabus que permeiam a saúde sexual em relação às IST.

Atualmente, a participação das enfermeiras em unidades de acolhimento e/ou instituições não governamentais ainda possui um caráter voluntário com ações limitadas, restritas e específicas. Na proposta apresentada por este estudo, não basta a enfermeira somente transmitir informações de condutas sexuais certas e de prevenção e promoção às IST. Ela deve conhecer o contexto das adolescentes e pensar com elas as demandas, caminhos e

soluções. Deve estimular a participação e a responsabilidade da adolescente nas ações de seu cuidado, de promoção de sua saúde e transformá-la em sujeito da ação de saúde, dela participando ativamente, respeitando suas peculiaridades individuais, sociais, econômicas e culturais. Implementar estratégias educativas integrativas e com abordagens diversificadas a fim de despertar interesse das adolescentes e, conseqüentemente, despertar o potencial transformador dessas adolescentes.

Consideramos que, para a enfermeira contribuir valiosamente para a promoção da saúde sexual, é preciso que a mesma, junto com a adolescente, identifique e atue sobre as situações que as tornam mais vulneráveis às IST, tanto nas dimensões individuais, sociais e programáticas, assim como os fatores de proteção que atuam minimizando o impacto de tal adversidade, favorecendo o empoderamento dessas adolescentes. Incentivar as adolescentes não só aprenderem sobre as medidas de prevenção e proteção às IST, mas também identificar elementos culturais e sociais que contribuem para diminuir a desigualdade de gênero e ajudem a minimizar as dimensões que as colocam em maior vulnerabilidade.

As ações de cuidado baseadas no conhecimento dos roteiros sexuais e das dimensões da vulnerabilidade têm como estratégia básica o foco no indivíduo e no grupo social, contribuindo para reforçar, viabilizar, desenvolver habilidades e competências individuais e coletivas que permitem às adolescentes a conhecer e se cuidarem das IST.

Acrescido a isso, a minimização da vulnerabilidade às IST não se resume às ações voltadas direta e exclusivamente para as adolescentes em situação de acolhimento institucional. É preciso discutir esse assunto no cotidiano das unidades de acolhimento, definir prioridades para capacitar os profissionais e estabelecer parcerias com outros serviços, uma vez que a assistência integral ao adolescente exige um atendimento interdisciplinar e intersetorial.

Considerando a vulnerabilidade como uma temática recente no setor saúde, mas de grande impacto na saúde da adolescente em situação de acolhimento institucional, há a necessidade de ampliar as reflexões sobre as dimensões da vulnerabilidade com os roteiros sexuais das adolescentes. Investir na instrumentalização das enfermeiras quanto ao seu papel fundamental no processo de facilitadora desse cuidado, a fim de minimizar os agravos à saúde das adolescentes em situação de acolhimento institucional.

É preciso ampliar as pesquisas e reflexões sobre os roteiros sexuais e a vulnerabilidade das adolescentes em situação de acolhimento institucional e fortalecer a inserção da temática nos diversos cursos de formação em saúde. Destacamos que a enfermeira, quando sensibilizada e disposta a contribuir para modificar o panorama das IST, torna-se uma das

principais agentes na promoção e prevenção de tal adversidade. Para tanto, a enfermeira deve adquirir competência intelectual e técnica durante sua formação acadêmica e profissional além de manter-se atualizada sobre a temática. Consideramos, a partir da realidade encontrada, que a consulta de enfermagem, assim como quaisquer das práticas de cuidado e educativas realizadas pela enfermeira com base em ações estratégicas baseadas nos princípios da integralidade, da humanização e principalmente do diálogo, ou seja, permeadas de acolhimento, da promoção do empoderamento, da autoestima, do autoconhecimento, da crítica e do autocuidado podem ser reconhecidas como ações facilitadoras do processo de transformação dessas adolescentes em personagens proativos de suas histórias.

Tais resultados, demonstram um panorama da realidade vivida pelas adolescentes em situação de acolhimento institucional em relação a sua saúde sexual, seus roteiros sexuais e suas vulnerabilidades, o que poderá contribuir significativamente para o resgate do direito humano, mas especificamente do direito à saúde sexual destas adolescentes, através: da elaboração e aperfeiçoamento de propostas de promoção da saúde sexual de adolescentes, em especial em situação de acolhimento institucional; e do subsídio de propostas de capacitação dos profissionais tanto da saúde quanto das próprias unidades de acolhimento, no âmbito da atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, considerando que os mesmos são referencias para construção de condutas sociais e de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Tedesco S, Liberman F. O que fazemos quando falamos em vulnerabilidade? Rev. O mundo da saúde. São Paulo: 2008; 32(2).
2. Marques MFC, Vieira NFC, Barroso MGT. Adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. Fam. Saúde Desenv. Curitiba: 2003; 5(2):141-146.
3. Marinho TMS, Souza AI, Ferreira ALCG, Fernandes EC. Opinião e comportamento relacionados à sexualidade de adolescentes atendidos em serviço de saúde no Nordeste do Brasil. Adolescência & Saúde 2013; 10(1):7-15.
4. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e FIOCRUZ; 2006.
5. Lise FA. Contadores de Histórias - oficina sobre sexualidade com adolescentes [dissertação na Internet]. São Leopoldo (RS): Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2008 [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://btdt.unisinos.br/tde_arquivos/3/TDE-2009-01-09T121916Z-658/Publico/FabioLiseSaudeColetiva.pdf.
6. Carvalho AM, Rodrigues CS, Medrado KS. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. Estudos de Psicologia. 2005; 10(3): 377-384.
7. Taquette SR. Feminização da AIDS e adolescência. Adolescência & Saúde 2009; 6(1).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST – 2007. [acesso em 2011 Nov 6]. Disponível em http://aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2007_internet090108.pdf
10. UNICEF. Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood. UNICEF: Joanesburgo/Nova Iorque, 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

14. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 16 Jul 1990. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm.
15. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 20 Set 1990. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
16. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 08 Dez 1998. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm
17. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 23 Dez 1996. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. Toledo MM, Takahashi RF, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/Aids. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(2):370-5.
20. Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 17 Abr 1975. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16202.htm.
21. Lei nº 9.263/96, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 15 Jan 1996. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm.
22. Ofício CFM nº 2.797/98. Parecer técnico oficial sobre a testagem voluntária e entrega de exames anti-HIV a menores. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
23. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Programa Saúde na Escola. Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2003.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
27. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 31 Dez 1940. [acesso em 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.
28. São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS, 2006.
29. Brandão ER, Heilborn, ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(7):1421-1430.
30. Pereira Junior VP. Crianças e adolescentes de rua abrigados: uma etnografia. *Rev Urutágua* [periódico na Internet] 2006 [acesso em 2011 Set 30]; (6). Disponível em: <http://www.urutagua.uem.br//006/06paulojr.pdf>. Crianças e adolescentes de rua abrigados: uma etnografia. *Rev Urutágua* [periódico na Internet] 2006 [acesso em 2011 Set 30]; (6). Disponível em: <http://www.urutagua.uem.br//006/06paulojr.pdf>.
31. Borges IK, Medeiros M. Representações sociais de Dst/Aids para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência progressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2004; 16(4):43-49.
32. Medeiros M, Ferriani MGC, Munari DB, Gomes R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(2): 35-41.
33. Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller SH. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*. 2010; 22(3):507-518.
34. De Carvalho FT, Neiva-Silva L, Ramos MC, et al. Sexual and drug use risk behaviors among children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Behav*. 2006; 10(4):57-66.
35. Noto AR, Galduroz JC, Nappo AS, et al. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2003.
36. Instituto Fazendo História. Serviços de Acolhimento no Brasil. [acesso 2013 Out 14]. Disponível em: http://www.fazendohistoria.orh.br/a_realidade/abrigos_no_brasil.php.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
38. Penna LHG, Carinhanha JI, Rodrigues RF. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua na ótica dos profissionais cuidadores do abrigo. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2010 [acesso em 2011 Set 15]; 12(2): 301-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a11.htm>.
39. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: CONANDA, 2006.
40. Carinhanha JI, Penna LHG. Violência vivenciada pelas adolescentes em instituição de abrigamento. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(1).
41. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(2):401-406.
42. Teles MAA, Melo M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense; 2003.
43. Penna LHG, coordenadora. Análise da estrutura de apoio à maternidade de adolescentes abrigadas. Relatório final. Projeto financiado pelo CNPq. Edital MCT/CNPq nº 014/2008 – Universal. Processo nº 481005/2008-0 – Auxílio a Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 2010.
44. Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ, Salatti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker RG, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará/ABIA/IMS-UERJ; 1999, p. 59-72.
45. Moizés JS, Bueno SMV. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010; 44(1).
46. Ayres JRJM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, Human Rights and Comprehensive Health Care needs of young people living with HIV/Aids. *Am J Public Health.* 2006; 96(6):1001-6.
47. Baptista MV. Um olhar para a história. In: Baptista MV. *Abriço: comunidade de acolhida e socioeducação*. São Paulo: Instituto Camargo Correa, 2006.
48. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde em relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Públ.* 2000; 16(1): S103-12.
49. Silva KL, Dias FLA, Vieira NF, Pinheiro PNC. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. *Esc Anna Nery (impr.)*. 2010; 14(3):605-61.
50. Lowdes CM. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 253-79.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Dados e pesquisas em DST e AIDS. 2004. [acesso em 2011 Nov 06]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/final/dados/DST.htm>.
52. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de La población mundial 2003: inversiones em su salud e SUS derechos. [acesso em 2011 Nov 6]. Disponível em http://bvs.minsa.gov.pe/local/MINSA/1312_GRAL1402.pdf.
53. Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e Adolescentes 2011-2020 – documento preliminar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.
54. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 16 Out 1991. [acesso em 2015 Dez 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8242.htm.
55. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Relatório global sobre a epidemia de aids 2009 – sumário geral. [acesso em 2011 Nov 6]. Disponível em <http://www.forumongaidisce.org/Noticias/Noticias/2009-Relatorio-Global-Aids-Sum-rio-Geral-Port.pdf>.
56. Resolução nº 54 de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a implantação e funcionamento do Cadastro Nacional de Adoção. [acesso 2013 Out 13]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_54.pdf.
57. Lei nº 12.010 de 03 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 04 Ago 2009. [acesso em 2013 Out 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm.
58. Recomendação nº 25 de 27 de outubro de 2009. Recomenda aos tribunais a inserção em estágio de nível fundamental e médio ou prestação de serviços à comunidade, no âmbito dos órgãos jurisdicionais e entidades partícipes de adolescentes em conflito com a lei ou sob a aplicação de medida de proteção. Diário Oficial da União. 13 Nov 2009. [acesso em 2013 Out 13]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_25.pdf.
59. Resolução nº 93, de 27 de outubro de 2009. Acrescenta e altera dispositivos à Resolução Nº 54, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a implantação e funcionamento do Cadastro Nacional de Adoção e cria e dispõe sobre o Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos. Diário Oficial da União. 01 Dez 2009. [acesso em 2013 Out 13]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/resolucoes/resolucao_gp_93_2009.pdf.
60. Recomendação nº 8 de 07 de novembro de 2012. Dispõe sobre a colocação de criança e adolescente em família substituta por meio de guarda. [acesso em 2013 Out 13]. Disponível em:

http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_corregedoria/recomendacoes/recomenda%C3%A7%C3%A3o_08.pdf.

61. Provimento nº 32 de 24 de junho de 2013. Dispõe sobre as audiências concentradas nas Varas da Infância e Juventude. [acesso 2013 Out 13]. Disponível em:

<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/33/Documentos/Provimento%2032.pdf>.

62. Lei nº 12.852 de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 6 Ago 2013. [acesso em 2013 Out 13]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm.

63. Fischer RM, coordenadora. Pesquisa Conhecendo a Realidade. CEATS/FIA, 2007.

64. Sposito MP, Carrano PCR. Juventude e políticas públicas no Brasil. Rev. Bras. Educ. 2003; 24.

65. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília: SEDH/DCA, 2013.

66. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro. Brasília: SEDH/DCA, 2002.

67. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte. Brasília: SEDH/DCA, 2003.

68. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE. Brasília: CONANDA, 2006.

69. França DB. Do abrigo ao acolhimento: importância do vínculo nos cuidados institucionais. Brasília: Instituto Berço da Cidadania, 2010. Disponível em: <http://reconstruindovinculos.org.br/wp-content/uploads/2011/05/Do-abrigo-ao-acolhimento-import%C3%A2ncia-do-v%C3%ADnculo-nos-cuidados-institucionais.pdf>.

70. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente – SNPDCA. Comitê Gestor da Agenda Social Criança e Adolescente. Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2007. Disponível em: <http://www.obscriancaeadolescente.gov.br>.

71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c

72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

73. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente – SNPDCA. Conselho Tutelar Referencial – Meu lugar na cidade, 2013. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/conselho-tutelar-referencial1>.
74. Rizzini Irene, Rizzini Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola; 2004.
75. Aquino LMC. A rede de proteção a crianças e adolescentes, a medida protetora de abrigo e o direito à convivência familiar e comunitária: a experiência em nove municípios brasileiros. In: Silva ERA, coordenador. O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: Ipea/Conanda, 2004. p. 325-365.
76. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Política de abrigo para crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1ª Edição, 2001.
77. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Diretoria de Políticas Sociais. Levantamento nacional dos abrigos para crianças e adolescentes da Rede de Serviços de Ação Continuada (SAC). Brasília, 2003.
78. Fante AP, Cassab LA. Convivência familiar: um direito à criança e ao adolescente institucionalizado. *Revista Textos & Contextos*. 2007; 6(1):154-174.
79. Eduardo LP, Egry EY. Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(1):18-24.
80. Gontijo DT, Medeiros M. Adolescência, gênero e processo de vulnerabilidade/desafiliação social: compreendendo as relações de gênero para adolescentes em situação de rua. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2009; 33(4):605-617.
81. Carinhonha JI. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua: bases para o cuidado de enfermagem pela cidadania [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2009.
82. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Censo da população infanto-juvenil abrigada no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ministério Público, 2010.
83. Instituto Beneficente Viva a Vida. Histórico das doenças sexualmente transmissíveis. 6 de junho 2005. Disponível em: <http://www.ibvivavida.org.br/artigos.asp?id=218>.
84. Oriel JD. *The scars of Venus: a history of venereology*. Londres: Springer-Verlag, 1994.
85. Carvalho NS. Bioética e Doenças Sexualmente Transmissíveis. *J bras Doenças Sex Transm*. 2003; 15(2):57-61.
86. Aguiar R, Tavares C, Oliveira W. O vírus da Aids 20 anos depois. Rio de Janeiro: IOC/Fiocruz. 2001. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/index.html>.

87. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações Sociais da Aids para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(3):[08 telas]. [acesso em 2012 out 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06.
88. Vieira NFC, Paiva TCH, Sherlock MSM. Sexualidade, DST/Aids e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. *DST = J bras Doenças Sex Transm*. 2001; 13(4):46-51.
89. Araújo MAL, Silveira CB. Vivencia de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007; 11(3):479–8.
90. Meyer D, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saude Publica*. 2006; 22(6).
91. De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
92. WHO. World Health Organization. Sexually Transmitted Infections (STIs). The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html.
93. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST – 2008. [acesso em 2013 Mar 6]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_versao1_6.pdf.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
95. WHO – World Health Organization. Reproductive Health and Research. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A guide to essential practice. Geneva: WHO, 2005.
96. Gir E, Moriya TM, Hayashida M, Duarte G, Machado AA. Medidas preventivas contra a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área da saúde. *Rev. latino-am enfermagem*. 1999; 7(1):11-17.
97. Monteiro AL, Villela WV. A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Psicologia Política*. 2009; 9(17):25-45.
98. Vieira AC. Determinantes sociais da saúde e Aids na realidade brasileira. In: Rocha S, Vieira AC, Soares R, organizadoras. *Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.
99. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. História da Aids [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso em 2012 out 22]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>

100. Oliveira LA, Ayres JRCM, Zoboli ELCP. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. *Interface. Comunicação Saúde Educação*. 2011; 15(37):363-75.
101. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV/Aids – 2013. [acesso em 2013 Mar 6]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf.
102. Mello MA. “Ninguém usa ninguém”: estudo sobre os contextos relacionais que determinam o uso e o não uso do preservativo na iniciação amorosa e sexual de jovens universitários do Rio de Janeiro [dissertação]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia; 2012.
103. Portaria GM nº. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet]. 12 Set 2014. [acesso em 2015 Dez 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
104. Gonçalves VF, Kerr LRFS, Mota RMS, Mota JMA. Estimativa de subnotificação de casos de Aids em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(3): 356-64.
105. Welzer-Lang D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun M, organizadora. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo, 2004
106. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
107. Newcombe N. *Desenvolvimento Infantil. Abordagem de Mussen*. São Paulo: Artmed, 1999.
108. Tommasi MCF. *Desenvolvimento emocional e cognitivo do adolescente*. In: Assumpção Junior FB. *Adolescência normal e patológica*. São Paulo: Lemos, 1999.
109. Aberstury A, Knobel M. *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
110. Gregório SB. *Atitude e comportamento*. 2002. [acesso em 2013 Mar 6]. Disponível em: <http://www.ceismael.com.br/artigo/atitude-e-comportamento.htm>.
111. Kardec A. *A obsessão*. São Paulo: O Clarim, 1978.
112. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação Mundial da Infância 2011. Adolescência: uma fase de oportunidades*. Nova Iorque: Unicef, 2011.
113. Contini MLJ, coordenadora. *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

114. Melo MAN. Educação em saúde na escola como estratégia de captação do adolescente para os serviços de saúde oferecidos na unidade de saúde do Mal Cozinhado. [monografia]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2009.
115. Lopes RE, Malfitano APS, Borba PLO. A escolha pela saída da rua: desafios de um abrigo com crianças e adolescentes em situação de rua [internet]. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004; Belo Horizonte; 2004. [acesso em 2013 Mar 6]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/congrext/Direitos/Direitos2.pdf>.
116. Brancalhão WRD. A educação para o adolescente em conflito com a lei: mecanismo de inserção ou exclusão social? [dissertação]. Marília: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2003.
117. Rodrigues RF. Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2010.
118. Lavinias L. Gênero, cidadania e adolescência. In: Madeira FR, organizadora. Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 11-43.
119. Saldanha AA. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, 2003.
120. Matos M, Féres-Carneiro T, Jablonski B. Adolescências e relações amorosas: um estudo sobre jovens das camadas populares cariocas. *Interação em Psicologia*. 2005; 9(1):21-33.
121. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO, 2004.
122. Borges AL, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(2):499-507.
123. Camargo MG. A Aids e a constituição do feminismo. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2004.
124. Rieth F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. *Horizontes Antropológicos*. 2002; 8(17):77-91.
125. Wiese IRB, Saldanha AAW. Vulnerabilidade dos adolescentes às dst/aids: ainda uma questão de gênero? *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2011; 12(1):105-118.
126. Roye CF, Seals B. A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescents who use hormonal contraception. *Journal Associated Nurses AIDS Care*. 2001; 12(6):78-87.
127. Taquette SR, Vilhema MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(1).

128. Luna IT, Costa AGM, Costa MS, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(2):346-355.
129. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimentos sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):551-7.
130. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
131. Paulilo MAS, Dal Bello MG. Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência. *Serviço Social em revista*. 2002; 4(2). [acesso em 2013 Mar 6]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v4n2.htm>.
132. Bedoian G, Menezes K, organizadoras. *Por trás dos muros – Horizontes Sociais do graffiti*. São Paulo: Petrópolis, 2008.
133. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(7):1385-1396.
134. Calazans G. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para reflexão. In: Abramo HW, Branco PM, organizadores. *Retratos da Juventude Brasileira. Análise de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Instituto Cidadania, 2005.
135. Pinho MD, Berquó E, Oliveira KA, Lopes F, Lima LCA, Pereira N. Juventude, raça e vulnerabilidades. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2002; 19(2).
136. Félix FO. A promoção da saúde sexual/reprodutiva de adolescentes abrigadas na perspectiva de profissionais de unidade de acolhimento [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2013.
137. Gagnon, JH. *Uma interpretação do desejo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
138. Gagnon, JH; Simon, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. New Jersey: Aldine Transaction, 1973
139. Pinheiro TF, Calazans GJ, Ayres JRCM. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas psicol*. 2013; 21(3).
140. Ferreira SMA. *A sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2012.
141. Arent M. Gênero, desejo e erotismo: um caso de comparação entre “Clubes de Mulheres” em Buenos Aires e no Rio de Janeiro. *Cuadernos de Antropología Social*. 2011; 34:69-92.

142. Galli RA. Roteiros sexuais de transexuais e travestis e seus modos de envolvimento sexual-afetivo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 2013.
143. Pinto P, Nogueira MC, Oliveira JM. Debates feministas sobre pornografia heteronormativa: estéticas e ideologias da sexualização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010; 23(2):374-383.
144. Gagnon JH, Simon W. *Sexual Scripts*. *Society*. 1984; 23(6):53-60.
145. Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Revista Estudos Feministas*. 2006; 14(1):43-59.
146. Bozon M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
147. Paiva V. *Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 2000.
148. Ayres JRJM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti-Filho IIC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p.117-139.
149. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Assessoria de Planejamento (ASPLAN). *Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids*. Brasília: 2005.
150. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. *Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e Aids: caderno do aluno*. Brasília: 2005.
151. Gupta A, Ferguson J. Mais além da “cultura”: espaço, identidade e política da diferença. In: Arantes AA, organizador. *O espaço da diferença*. Campinas: Papirus, 2000.
152. Ayres JRJM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: Tozzi D, Santos NL, Amaro CM, Almeida E, Silva EJ, Pereira ML, organizadores. *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. p. 15-24. (Série Idéias, 29).
153. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
154. Mann J, Tarantola DJM, editores. *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996.
155. Ayres JRJM, Paiva VSF, França Junior I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker R,

Sommer M. Routledge handbook in global public health. Oxon: Taylor and Francis, 2011. p.98-107.

156. Paiva VSF. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas psicol.* 2013; 2(3).

157. Brêtas JRS. Vulnerabilidade e adolescência. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010; 10(2):89-96.

158. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface. Comunicação Saúde Educação.* 2012; 16(40):67-81.

159. Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, 2012.

160. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):319-324.

161. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Matinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

162. Purificação MM. A influência do ensino religioso e da educação no processo de reintegração de menores em situação de vulnerabilidade social [dissertação]. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2009.

163. Pedroso MLR. Situações de vulnerabilidade e ambiente ecológico: intersecções no cotidiano de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2009.

164. Gregis C. Fissura da rua. Corpo e ritual de uso de droga injetável entre meninos de rua. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2002.

165. Gontijo DT. Adolescentes com experiência de vida nas ruas: compreendendo os significados da maternidade e paternidade em um contexto de vulnerabilidade. *Rev. Eletr. Enf.* 2007;9(3):878-9. [acesso em 2014 Mai 13]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3a26.htm.

166. Tarin M, Navarro JJ. Adolescentes em riesgo: casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa. Madrid: Editorial CCS, 2006.

167. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

168. Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 2008.

169. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública.* 1995 Ago; 29(4).

170. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.
171. Guérios PR. O estudo de trajetórias de vida nas Ciências Sociais: trabalhando com as diferenças de escalas. Campos. 2011; 12(1):9-29.
172. Bertaux D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Tradução 2ª edição de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. São Paulo: Paulus, 2010.
173. Connelly FM, Clandinin DJ. Stories of Experience and Narrative Inquiry Educational Researcher. 1990; 19:2-14.
174. Glat R. Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro:7Letras, 2009.
175. Silva R. Informação, cultura e cidadania no coração da periferia pelas batidas do hip hop. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, 2011.
176. Bruner J. Acts of meaning. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
177. Connelly FM, Clandinin DJ. Narrative inquiry. In: Green J, Camilli S, Elmore PB (editores). Handbook of complementary methods in education research. Washington, DC: American Educational Research Association, 2006. p. 477–489.
178. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466/2012, de 13 de junho de 2013. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 13 Jun 2013. [acesso em 2013 Out 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
179. Ensigne J. Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. Journal of Advanced Nursing. 2003; 43(1):43-50.
180. Panter-Brink C. Street children, human rights, and public health: A Critique and Future Directions. Rev. Antropol. 2002; 31:147:171.
181. Lisboa CSM, Koller S. Questões de ética na pesquisa com crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Aletheia. 2000; 11:59-70.
182. Baylies, C. Perspectives on gender and AIDS in Africa. In: Baylies C, Bujra J, editores. AIDS, sexuality and gender in Africa: collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia. London: Routledge, 2000.
183. Santos IMM, Santos RS. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):714-9.
184. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.

185. Lucido VA. Manifestações de violência no cotidiano de mulheres cadeirantes: um olhar inovador para a Enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2014.
186. Barreto ACM. A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para o cuidado de enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.
187. OMS. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. 2010. [acesso em 2015 Dez 12]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70434/1/who_rhr_10.12_eng.pdf.
188. Sundaram V. Preventing Youth Violence: Rethinking the Role of Gender in Schools. Palgrave Pivot, 2014.
189. Minayo MSC, Assis SG, Njaine K. Amor e Violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
190. UMAR - União de Mulheres Alternativa e Resposta. Lisboa - Portugal, 2010. [acesso em 2012 Ago 8]. Disponível em: http://www.umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=103.
191. Caridade S, Machado C. Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. *Psicologia*. 2008; 21(1):77-104.
192. James WH, West C, Deters KE, Armijo E. Youth dating violence. *Adolescent*. 2000; 35(139).
193. OMS. Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002
194. Gelles RJ. Intimate violence in families. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.
195. Matos M, Machado C, Caridade S, Silva MJ. Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2006; 8(1):55-75.
196. Seo KT. Manifestações de ciúme e suas consequências, na dinâmica de relacionamento conjugal. [monografia]. Garça: Associação Cultural e Educacional de Garça, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006.
197. GRAAL. Jovens contra a violência no namoro: guia para acção. Lisboa: 2012. [acesso em 2013 Abr 13]. Disponível em: http://www.graal.org.pt/files/EA_Guia_para_acciao.pdf.
198. Close SM. Dating Violence Prevention in Middle School and High School Youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2005; 18(1):2-9.
199. Ismail F, Berman H, Ward-Griffin C. Dating Violence and the Health of Young Women: A Feminist Narrative Study. *Health Care for Women International*. 2007; 28(5):453-477.

200. Rizzo CJ. Family and peer contexts shape teen perceptions of dating violence. *Child and Adolescent Behavior Letter*. 2009; 25(7).
201. Kaura SA, Lohman BJ. Dating Violence Victimization, Relationship Satisfaction, Mental Health Problems, and Acceptability of Violence: A Comparison of Men and Women. *Journal of Family Violence*. 2007; 22:367-381.
202. Zuwick NA. O corpo violado. In: Grossi PK, Werba GC, organizadores. *Violência e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.
203. Almeida T, Lourenço ML. Ciúme romântico: um breve histórico, perspectivas, concepções correlatas e seus desdobramentos para os relacionamentos amorosos. *Revista de Psicologia*. 2011; 2(2):18-32.
204. Freitas CG, Moura CM. Infidelidade: fim da relação? *Terapia Sexual*. 2011; XIV(2).
205. Costa COM, Lopes CPA, Souza RP, Patel BN. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77(2):207-24.
206. Candia CM, Botella MP, Lopezosa PM, Morfa JRD. *Minha primeira coleção de iniciação sexual e afetiva*. São Paulo: Impala Brasil Editores, 1996.
207. Domingues CMAS, Alvarenga AT. Identidade e sexualidade no discurso adolescente. *Rev Bras Cres Desenv Hum* 1997; 7:32-68.
208. Braga PD, Molina MCB, Figueiredo TAM. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 10(1).
209. Louro GL. Corpo, escola e identidade. *Educação & Realidade*. 2000; 25(2):59-75.
210. Nilson G, Pardo ER, Rigo LC, Hallal PC. Espelho, espelho meu: um estudo sobre autoimagem corporal de estudantes universitários. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2013; 18(1):112-120.
211. Graup S, Pereira EF, Lopes AS, Araújo VC, Legnani RFS, Borgatto AF. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. *Rev Bras Educ Fís Esp* 2008;22(2):129-38. 10.
212. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr* 2004;80(1):49-54.
213. Benedetti TB, Petroski EL, Gonçalves LT. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2003; 5(2):69-74.
214. Barroso DR, Almeida LIR, Kulnig AM. Mídia e construção da imagem corporal em adolescentes do gênero feminino. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física* 2012; 1(1): 53-62.

215. Conti MA, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2005; 15(2).
216. Saito MI. Adolescência, sexualidade e educação sexual. *Pediatria Moderna.* 2001; 27:3-6.
217. Weeks J. O corpo e a Sexualidade. In: Louro GL, organizadora. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade.* Autêntica: Belo Horizonte, 2000.
218. Ayres JRCM. Uma Concepção de Saúde Hermenêutica. *Physis.* 2007; 7(1):43-62.
219. Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm.* 2007; 41(4):597-604.
220. Rieth F. Ficar e namorar. In: Bruschini C, Hollanda HB, editoras. *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil.* São Paulo: 34, 1998. p. 113-33.
221. Gagnon J. *Human Sexualities.* Glenview: Scott Foresman, 1977
222. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade.* 2004; 13(3):16-29.
223. Bauman Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
224. Zamboni M. “Infinito enquanto dure”: a confiança nas relações amorosas à luz de Anthony Giddens. *Estudos de Sociologia.* 2011; 1(17).
225. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (4 Suppl):88-95.
226. Ayres JRCM. Desenvolvimento histórico da epidemiologia e do conceito de risco. *Rev Med.* 2009; 88(2):71-9.
227. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(2).
228. Bozon M. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: Heilborn ML, Duarte LFD, Peixoto C, Barros ML, organizadores. *Sexualidade, família e ethos religioso.* Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 301-314.
229. Rocha GOR, Lemos FC, Lirio FC. Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. *Cadernos de Educação.* 2011; [38]: 259 – 287.
230. Louro GL. *Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista.* Petrópolis: Vozes; 2001.

231. Detoni M. Brasil subestima a violência sexual. São Paulo: Folha de São Paulo. 2000 Dez 17. [acesso em 2008 Jul 03]. Disponível em:
http://fws.uol.com.br/folio.cgi/fsp2000.nfo/query=estupro/doc/{@1}/hithea.../hits_only.
232. Faleiros VP, Faleiros ETS. Circuito e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Editora Veras, 2001.
233. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*. 2002; 7(2):3-11.
234. Polanczyka GV, Zavaschia ML, Benettic S, Zenkera R, Gammermana PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):8-14.
235. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2).
236. Gaspar MD. Garotas de programas: prostituição em Copacabana e identidade social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
237. Pedersen JR. O corpo como mercadoria: exploração sexual de adolescentes e vulnerabilidade social das famílias. [tese]. Rio Grande do Sul: PUC, Faculdade de Serviço Social, 2014.
238. Guimarães PC. A mediação e a exploração sexual infantil. [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2011.
239. Oliveira JF, Paiva MS. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007; 625-631.
240. Silva SL. Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, 2000.
241. Hochgraf PB, Zilberman ML, Brasiliano S. A cocaína e as mulheres. In: Leite MC, Andrade AG, organizadores. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. p. 127-36.
242. Silveira HS, Ferreira VS, Zeitoune RCG, Domingos AM. Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. 2013; 21(esp.2):748-53.
243. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):63-72.
244. Taquette SR, Vilhema MM. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13(1):105-114.

245. Silva LB, Abramovay M. Construções sobre Sexualidade na Juventude. In: Abramovay M, Esteves LCG, organizadoras. *Juventudes: outros olhares sobre a diversidade*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Unesco; 2007. p. 227-267.
246. Oliveira CA, Almeida LCG. HIV/Aids e violência: situações de vulnerabilidade entre as mulheres. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2013; 37(4):1029-41.
247. Chaves ACP, Bezerra EO, Pereira MLD, Wolfgang W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Rev bras enferm*. 2014; 67(1):48-53.
248. Gomes CN, Horta NC. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. *Rev APS*. [periódico na Internet]. 2010. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/897/394>.
249. Zagury T. *O adolescente por ele mesmo*. 11a ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
250. Garcia ORZ, Lisboa LCS. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):708-16.
251. Bellenzani R, Mendes RF. Sigilo na Atenção em DST/AIDS: do Consultório aos Processos. *Polis e Psique*. 2011; 1(número temático).
252. Coutinho e Silva MM, Doula SM. Representações sociais sobre a Aids entre jovens rurais e urbanos de Minas Gerais. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2014; 35(2):77-90.
253. Paiva V. *Fazendo Arte com Camisinha: A História de um Projeto de Prevenção de AIDS para Jovens*. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Psicologia, 1996.
254. Sasaki RSA, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):95-104.
255. Nascimento SL. *O impacto das campanhas de DST/Aids no comportamento sexual dos adolescentes*. [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, setembro de 2012.
256. Luna EJA, Silva Junior JB. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 123-176.
257. OMS. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção*. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf
258. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

259. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. Indicadores de Morbidade, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0111.def>.

260. Villela WV, Pinto VM. Atenção às DST em mulheres. In: Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: rumos para Cairo +20. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2010. p. 159-179.

261. Coelho RFS, Souto TG, Soares LR, Lacerda LCM, Matão MEL. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. *Revista de Patologia Tropical*. 2011; 40(1):56-66.

262. Ayres JRCM. Cidadania, Vulnerabilidade e Prevenção de HIV/Aids. In: Pinto T, Teles IS, organizadoras. *Aids e Escola*. São Paulo: Cortez, Pernambuco: Unicef, 2000.

263. Giordano MV, Giordano LA. Contracepção na adolescência. *Adolescência & Saúde*. 2009; 6(4).

264. Ostermann AC, Carvalho TRC, Frezza M. Quem decide (ou não) pela camisinha? A abordagem da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em ligações para um call center governamental sobre saúde. *Polifonia*. 2014; 21(29):177-197.

265. Rocha MM, Borrozzino NF, Brito TSP, Santos VTF, Godoy MC. Métodos Contraceptivos: Análise da temática sob a visão de enfermeiros em um serviço de teleorientação em saúde em nível nacional. *Ciência et Praxis*. 2013; 7(11).

266. Santos CAC, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação? *Adolescente & Saúde*. 2009; 6(1):48-56

267. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-americana de Enferm*. 2000; 8(2):25-32.

268. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

269. Portela NLC, Araujo LP. Conhecimento e prática dos métodos contraceptivos por estudantes adolescentes: um estudo comparativo. *Revista Univap*. 2013; 19(33).
270.

270. Demarzo MMP, Aquilante AG. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed / Pan-Americana. 2008; 3:49-76.

271. Albuquerque GA, Belém JM, Nunes JFC, Alves MJH, Feitosa FRA, Queiroz CMHT et al. Saberes e práticas sexuais de adolescentes do sexo masculino: impactos na saúde. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2014; 4(2):1146-60.

272. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de La Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1996. p.367-72.

273. Domingues S, Leite J, Martins I, Sampaio J, Fonseca G, Lira S. Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *Nascer e Crescer* 2014; 23(3): 124-133.

274. Silva RM, Araújo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(5).

APÊNDICE A - Termo de Assentimento para as adolescentes em situação de acolhimento institucional

Termo de Assentimento

“Você está sendo convidada a participar da pesquisa que tem como título (provisório) **“A vulnerabilidade de adolescentes em situação de acolhimento para as DST (doenças sexualmente transmissíveis)”**, porque você é uma adolescente que no momento encontra-se em acolhimento institucional. Este projeto tem por objetivo geral conhecer o seu contexto de vida em relação à vulnerabilidade à DST a fim de ajudar na construção de novas propostas e conhecimentos sobre a saúde sexual das jovens adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Você será entrevistada e deverá falar um pouco sobre aspectos de si mesma, sua relação com familiares, amigos, vizinhos e parceiros sexuais, sua experiência de sair de casa, estar acolhida e sua vida sexual. Esta entrevista será gravada em áudio por meio digital.

Neste estudo a entrevista poderá confrontar você com vivências difíceis, podendo causar desconforto, tristeza, angústia. Porém, caso você necessite de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais da unidade de acolhimento institucional em parceria com a pesquisadora (enfermeira). Caso esse atendimento não seja suficiente para te ajudar, iremos encaminhar você para unidades de saúde referências das unidades de acolhimento institucional - Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela (Vila Isabel) e Centro Municipal de Saúde Dom Helder Câmara (Voluntários da Pátria – Botafogo); Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA/ HUPE; Centro de Atendimento Psicológico CAPSI CARIM/IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro-(UFRJ).

O seu anonimato será garantido, ou seja, você não poderá ser identificada por outras pessoas da comunidade ou das instituições em que é atendida através dos dados desta pesquisa eventualmente publicados em congressos e revistas científicas.

A sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, portanto, você poderá recusar a participar da pesquisa em qualquer momento ou a não responder qualquer pergunta que possa causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou nas relações com a unidade de acolhimento ou com o serviço de saúde.

Apesar de não haver garantia de benefício pessoal à você com este estudo, o seu conhecimento, as coisas que você pensa e acredita serão importantes para entendermos a sua realidade e podermos pensar e realizar propostas de assistência a saúde sexual de adolescentes nesse mesmo contexto.

Você não terá qualquer despesa ao participar desta pesquisa, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação.

O material da entrevista ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Raquel Fonseca Rodrigues e de sua orientadora Dr^a Prof^a Lucia Helena Garcia Penna, do grupo de pesquisa - “Gênero, Violência em Saúde e Enfermagem” vinculada ao Departamento Materno Infantil e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O material das entrevistas será mantido por 05 anos sendo posteriormente destruído. O mesmo será analisado a fim de produção de conhecimentos, os quais serão divulgados em artigos científicos, tese e eventos científicos.

Caso surja alguma dúvida sobre a ética do estudo, você deverá procurar o Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (CEP/SMSDC/RJ) através do telefone 3971-1463.”

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,
 _____ residente à
 _____ concordo em
 participar do estudo intitulado (provisório) “**A vulnerabilidade de adolescentes em situação de acolhimento para as DST (doenças sexualmente transmissíveis)**”.

Eu fui completamente orientada pela Sra. _____ que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. A responsabilidade direta sobre o que vier a ocorrer a partir do acesso delegado é totalmente da pesquisadora responsável.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Pesquisadora: Nome: _____

Data: _____

Documento identificação: _____

Afiliação acadêmica: _____

Formação acadêmica: _____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Eu, _____, responsável pela unidade de acolhimento e representante legal, temporária ou permanentemente, desta adolescente assumo que, no exercício legal da minha representação junto à adolescente, fui esclarecido(a) quanto a natureza, propósito e duração do estudo e, sem qualquer imposição tenha ferido a minha autonomia, consinto com a disposição da adolescente participar do estudo conforme sua vontade.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Responsável: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Contatos:

- 1) Pesquisadora Coordenadora: Lucia Helena Garcia Penna (telefone: 21 2868-8236; e-mail: luciapenna@terra.com.br)
- 2) Comitê de Ética em Pesquisa: CEP da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (telefone: 39711463, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br; endereço: Av. Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro)

APÊNDICE B – Entrevista com as adolescentes em situação de acolhimento institucional

PARTE I: Perfil das adolescentes

Pseudônimo:

Idade:

Escolaridade:

Configuração familiar:

Convívio familiar:

Tempo fora de casa:

Motivo(s) da saída de casa:

Trajetória na rua:

Uso de droga lícita:

Uso de droga ilícita:

Número de vezes que foi acolhida em unidade institucional:

Idade da primeira relação sexual:

Parceiro fixo:

Número de parceiros sexuais:

PARTE II: Entrevista

Conte-me um pouco sobre suas relações sexuais desde a primeira relação até as atuais.

Filtros: número de parceiros, uso de camisinha, orientações recebidas, história de doença sexual, cuidados recebidos, esclarecimento de dúvidas, participação da família na orientação sobre sexo e DST, participação dos amigos sobre sexo e DST, primeira relação, pessoas com quem conversa sobre DST, negociação do uso de camisinha, quem escolhe usar ou não camisinha, experiências sexuais (hetero, homo ou bissexuais); vias sexuais utilizadas (sexo anal, oral, vaginal), sensações e sentimentos durante as relações sexuais, relação sexual por dinheiro ou para ganhar outra coisa em troca, cuidados realizados para não adquirir DST, atividades realizadas pelo abrigo sobre DST, como consegue camisinha, participação de atividades sobre relação sexual e DST, quando procura assistência no posto de saúde.

**ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e
Defesa Civil (CEP SMSDC-RJ)**



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 279A/2013

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 466/12 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

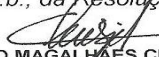
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 127/13.</p> <p>TÍTULO: Saúde reprodutiva e sexual das adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lucia Helena Garcia Penna .</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: PSF População em Situação de Rua, Unidade de Reinserção Social Ayrton Senna e na Casa Lar Dalva de Oliveira.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO DO CEP: 08/11/13.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).


PEDRO PAULO MAGALHÃES CHRISPIM
 Coordenador Substituto
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577