



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Liana Viana Ribeiro

**Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: contribuições da
enfermagem na perspectiva da Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de
Nola Pender**

Rio de Janeiro

2015

Liana Viana Ribeiro

Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: contribuições da enfermagem na perspectiva da Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, 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 Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

R484 Ribeiro, Liana Viana.
Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas : contribuições da enfermagem na perspectiva da Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender / Liana Viana Ribeiro. – 2015.
200 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Adolescentes (Meninas) - Comportamento sexual. 3. Saúde do adolescente institucionalizado 4. Promoção da saúde. 5. Modelos de enfermagem. 6. Pender, Nola J., 1941-
I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

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

Assinatura

Data

Liana Viana Ribeiro

Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: contribuições da enfermagem na perspectiva da Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

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

Aprovada em 9 de fevereiro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Iraci dos Santos
Faculdade de Enfermagem - UERJ

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

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de realizar este trabalho e vivenciar imensa experiência.

À minha família, em especial a Rosângela e Jorge, por darem apoio e serem compreensivos nos momentos de ausência, por acreditarem e torcerem para que tudo desse certo nessa nova etapa da vida. Vocês são muito importantes para mim!

À professora Dr^a Lucia Helena Garcia Penna, pelo exemplo de pessoa e profissional dedicada e competente. Pelo incentivo e carinho fornecidos durante todo esse período de estudo. E pela excelente orientadora e amiga, que permitiu que este trabalho virasse realidade.

À instituição de acolhimento, aos profissionais e educadores, que tornaram possível a realização do trabalho.

Às adolescentes, que puderam compartilhar parte de suas histórias de vida. Pelo acolhimento e carinho. Pelo crescimento humano, resultado das diversas experiências vividas.

Ao grupo de pesquisa, com pessoas brilhantes, que tornavam o espaço motivador e agradável para realização de estudos e pesquisas.

À Faculdade de Enfermagem da UERJ, à secretaria da pós-graduação, ao corpo docente e aos funcionários, pela competência, apoio e acolhimento.

Às funcionárias da Biblioteca do Centro Biomédico, pela dedicação e trabalho realizado.

Aos meus amigos, em especial, Priscila Castro, Ariane Pires, Francisco Gonçalves, por serem verdadeiros amigos, estando presentes com apoio e incentivo em todos os momentos.

A todos vocês, muito obrigada!

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José Saramago

RESUMO

RIBEIRO, Liana Viana. **Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas**: contribuições da enfermagem na perspectiva da teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. 2015. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O presente estudo tem por objeto a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional. A saúde sexual de adolescentes institucionalizadas confere uma temática intrigante. Em um contexto particular, estas jovens recentemente iniciaram suas atividades sexuais e estão cercadas por disparidades sociais que aumentam os riscos de DST/Aids e gravidezes precoces. Esta situação desperta preocupações em relação aos seus comportamentos sexuais e às próprias estratégias desenvolvidas referentes a promoção da saúde sexual. Este trabalho teve como objetivo geral analisar a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional considerando a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender e objetivos específicos, identificar e analisar os comportamentos e aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais relacionados à saúde sexual de adolescentes acolhidas; identificar e analisar os sentimentos e fatores influenciadores das adolescentes acolhidas associados à promoção de sua saúde sexual; indicar possibilidades de cuidados auxiliadoras na autopromoção/autocuidado da saúde sexual das adolescentes em acolhimento. A pesquisa foi do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. O referencial teórico-metodológico utilizado foi A Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o qual, a partir da identificação dos fatores biopsicossociais e comportamentais, busca incentivar atitudes saudáveis como proposta de promoção da saúde. As participantes foram oito adolescentes, institucionalizadas, do sexo feminino, e que vivenciaram vida sexualmente ativa. O cenário do estudo foi uma instituição de acolhimento localizada no município do Rio de Janeiro. Para a produção dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista estruturada, utilizando um roteiro pré-elaborado, com base no modelo citado. A análise dos resultados foi baseada em Bardin (análise de conteúdo). A partir da análise dos dados, criou-se duas categorias: a) Contexto da saúde sexual de adolescentes acolhidas: características e experiências; b) Sentimentos e Conhecimentos das adolescentes acolhidas sobre a promoção da saúde sexual. As adolescentes apresentaram comportamentos sexuais lúbricos, com uso de métodos contraceptivos descontínuos e uma dualidade nas práticas sexuais protegidas. Foram percebidas mudanças nos comportamentos sexuais através do aumento do uso de preservativos nas relações sexuais, redução do número de gravidez em comparação ao período antes e durante o acolhimento, uma maior percepção das vulnerabilidades sexuais e atitudes de autonomia e empoderamento nas estratégias de promoção da saúde sexual. Percebeu-se influência da família, amigos, mídia e instituição de acolhimento na promoção da saúde sexual das jovens. Observou-se ainda, comportamentos positivos resilientes e mecanismos pessoais de enfrentamento ao histórico de violência sexual. Ações educativas dialógicas, que valorizem a promoção da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas, com base no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, constitui uma proposta viável e relevante na busca da cidadania dessas adolescentes, principalmente quanto a conquista dos direitos reprodutivos e sexuais sobre sua saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Adolescente. Promoção da saúde sexual. Teoria de enfermagem. Acolhimento institucional.

ABSTRACT

RIBEIRO, Liana Viana. **Sexual health of institutionalized adolescents: nursing contributions in view of the Health Promotion Model theory of Nola Pender.** 2015.200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The present study aims to the promotion of sexual health of adolescents in institutional care. The sexual health of institutionalized adolescents confer an intriguing theme. In a particular context, these young people have recently begun their sexual activities and are surrounded by social disparities that increase the risk of STD/ AIDS and early pregnancies. This situation raises concern regarding their own sexual behaviors and strategies developed relating to sexual health promotion. This study aimed as general propose to analyze the sexual health of adolescents in institutional care situation considering the Health Promotion Theory of Nola Pender and as specific objectives, identify and analyze the behavior and biological, psychological and sociocultural related to the sexual health of adolescents accepted; identify and analyze the feelings and factors that influence the immigrant adolescents associated with the promotion of sexual health; indicate possibilities of helper care in self-promotion / self-care of sexual health of adolescents in care. A descriptive and exploratory research with a qualitative approach. The theoretical and methodological framework used was the Health Promotion Model Theory of Nola Pender, which, from the identification of Psychosocial and behavioral factors, seeks to encourage healthy attitudes as a proposed health promotion. Participants were eight teenagers, institutionalized, female, and who had experienced sexually active. The study setting was a host institution located in the city of Rio de Janeiro. For the production of data, we used the semi-structured interview technique using a pre-designed questionnaire based on Nola Pender diagram. The analysis was based on Bardin (content analysis). From the analysis of the data, it was created two categories: a) Context of sexual health of adolescents received: characteristics and experiences; b) Feelings and knowledge of adolescents received about the promotion of sexual health. The adolescents had labile sexual behavior, using discontinuous contraception and a duality in protected sexual practices. Changes were perceived in sexual behavior by increasing the use of condoms during sexual intercourse, reducing the number of pregnancy compared to the period before and during the institutional care, a better sense of vulnerability and sexual attitudes of autonomy and empowerment strategies for health promotion sexual. Realized either, the influence of family, friends, media and host institution in promoting sexual health of young people. It was also observed, resilient positive behaviors and personal coping mechanisms to the history of sexual violence. The dialogic educational activities, that enhance the sexual health of institutionalized adolescents, based on Nola Pender's Health Promotion Model, are a viable and relevant proposal in search of citizenship of these adolescents, especially regarding the achievement of reproductive and sexual rights over their health.

Keywords: Nursing. Adolescent. Sexual health promotion. Nursing theory. Institutional care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura –	Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender ..	45
Tabela 1 –	Dados socioculturais das adolescentes institucionalizadas - Rio de janeiro, março a maio de 2014	59
Tabela 2 –	Perfil da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes institucionalizadas - Rio de janeiro, março a maio de 2014	65
Quadro -	Distribuição de categorias de análise	199

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENF	Faculdade de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP4	Multimídia Player Quatro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PENSE	Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar
PNAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SMAS/RJ	Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro
SMSDC/ RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	REFERÊNCIAL TEMÁTICO	25
1.1	Adolescência	25
1.2	Saúde Sexual e Gênero	28
1.3	Contextualizando as Políticas Públicas de Saúde à População Feminina	33
1.4	Promoção da Saúde	38
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLOGICO	43
2.1	Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender	43
2.2	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	44
3	METODOLOGIA	49
3.1	Tipo de pesquisa	49
3.2	Participantes e cenário do estudo	49
3.3	Aspectos éticos e legais da pesquisa	51
3.4	Produção dos dados	52
3.5	Instrumento de coleta de dados	52
3.6	Análise dos dados	54
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1	Categoria 1: Contexto da saúde sexual de adolescentes institucionizadas: características e experiências	58
4.1.1	<u>Fatores pessoais</u>	58
4.1.1.1	Fatores socioculturais	59
4.1.1.2	Fatores relativos à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes acolhidas	65
4.1.2	<u>Comportamento acerca da promoção da saúde sexual</u>	73
4.1.2.1	A dualidade das práticas sexuais	73
4.1.2.2	Uso ou não uso de métodos anticoncepcionais	88
4.2	Categoria 2: Sentimentos e conhecimentos das adolescentes acolhidas sobre a promoção da saúde sexual	98
4.2.1	<u>Características e sentimentos das relações afetivas com o parceiro e da saúde sexual de adolescentes institucionizadas</u>	98
4.2.1.1	Relações afetivas com o parceiro	99

4.2.1.2	Sentimentos relacionados à saúde sexual	106
4.2.2	<u>Aquisições de recursos sobre promoção da saúde sexual</u>	109
4.2.2.1	Acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, parceiros, família e experiência de vida antes do abrigo	110
4.2.2.2	Acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, parceiros, família e experiência de vida durante o abrigo	118
4.2.3	<u>Mecanismos pessoais de enfrentamento da violência sexual</u>	152
4.2.3.1	Comportamentos relacionados à violência sexual	152
4.2.3.2	Reações comportamentais negativas relacionadas à violência sexual	154
4.2.3.3	Resiliência - reações comportamentais positivas relacionadas à violência sexual	156
4.2.4	<u>Sugestões para melhorias em saúde no abrigo</u>	159
4.2.4.1	Sugestões em melhorias na saúde e na saúde sexual dos adolescentes do abrigo	160
4.2.4.2	Sugestões na estrutura e relacionamento interpessoal do abrigo	163
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
	REFERÊNCIAS	173
	APÊNDICE A – Carta de autorização para a Pesquisa de Campo	190
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	191
	APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados	192
	APÊNDICE D – Quadro de distribuição de Categorias de Análise	199
	ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	200

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem por objeto de estudo a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional.

A escolha dessa temática surgiu de uma experiência durante a graduação em enfermagem, quando tive a oportunidade de estagiar em uma instituição pública que acolhia adolescentes do sexo feminino e masculino. Durante o desenvolvimento de uma das atividades acadêmicas de educação em saúde sexual, notei o quanto os adolescentes se mostravam interessados em aprender sobre o corpo, as mudanças físicas e mentais, a sexualidade, o sexo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e os métodos contraceptivos.

Considerando a participação dos adolescentes durante as atividades de educação sexual, emergiram questionamentos sobre a temática da saúde sexual, sobre as relações afetivas, receios e dificuldades em lidar com a sexualidade e as consequências da relação sexual desprotegida. Pelos seus relatos pude perceber que suas necessidades em relação a saúde sexual perpassavam o âmbito biológico, atingindo as questões psicológicas e socioculturais. A partir dessa experiência, surgiu minha inquietação sobre a saúde sexual das adolescentes que se encontravam em situação de acolhimento, também denominada situação de abrigo.

Há de se destacar que algumas dessas adolescentes já tinham iniciado sua vida sexual. Em sua grande maioria, em função do distanciamento de suas famílias, acabam por adquirir e ou compartilhar informações a partir de outros adolescentes e com os profissionais da instituição de acolhimento. Há também influência das vivências pessoais tanto na rua como no abrigo, da própria mídia e de outros convívios/relações em instituições como escola, serviços de saúde, organizações não governamentais.

Dentre os profissionais da instituição de acolhimento, verifica-se que os educadores são referências importantes na promoção da saúde. Estes profissionais – denominados cuidadores – lidam diretamente com as questões do cotidiano das jovens sob sua responsabilidade, inclusive aquelas relacionadas à saúde das mesmas.

Entendemos, portanto, que estes profissionais, a partir de sua interação próxima com as adolescentes, podem ter uma visão diferenciada sobre a vivência da saúde sexual e seu impacto sobre a saúde deste grupo. Geralmente, a estratégia adotada por esses cuidadores na educação em saúde é o diálogo. Muitos deles baseiam-se em suas próprias experiências,

atuando de forma empírica, o que pode mobilizar promoções de saúde repletas de preconceitos, cultura e valores (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2010). Essa questão indica uma fragilidade neste processo de educação em saúde das adolescentes, tendo em vista que estes profissionais, em sua maioria, carecem de conhecimento técnico-científico para esse trabalho.

Assim, a adolescente tende a reproduzir e/ou rejeitar atitudes e comportamentos acerca da saúde sexual, com base nas vivências pessoais dos cuidadores, com diferenças geracionais e mesmo culturais, o que pode gerar dificuldades em lidar com suas próprias situações de vida, prejudicando seu autoconhecimento e autocuidado.

A saúde sexual destaca-se como fator importante para a construção da autonomia dos adolescentes como pessoas saudáveis e responsáveis (BRASIL, 2006c). Entendemos que ações educativas voltadas à saúde sexual de adolescentes, livres de prejuízos e preconceitos, com abordagem positiva da sexualidade não focando somente as questões biológicas e reprodutivas, possibilitam que os adolescentes experimentem uma vida sexual segura, aprazível e informada, baseada na autoestima e no empoderamento.

Não obstante, a saúde sexual ocupa um lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção de autonomia dos adolescentes, princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis. Apesar disso, é necessário reconhecer que as condições de construção da autonomia estão mais ou menos colocadas conforme as relações e estruturas socioculturais em que os adolescentes estão inseridos, marcadas por muitas formas de desigualdades psicossociais que interferem na promoção da saúde e na qualidade de vida desses adolescentes (BRASIL, 2006b; MARTINS et al., 2013).

Neste trabalho, adotou-se a definição da saúde sexual como a capacidade dos indivíduos em experimentar e expressar sua sexualidade, de forma segura e agradável. De modo que não existam riscos de infecções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação (BRASIL, 2013).

Em todas as etapas da vida de homens e mulheres, a sexualidade é considerada uma dimensão fundamental que envolve práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica e sociocultural. É um aspecto central do ser humano ao longo da vida influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais, e que engloba sexo, identidade de gênero e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Além disso, a

sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (BRASIL, 2006a).

A saúde sexual inclui o prazer e a expressão da identidade própria da pessoa, e conseqüentemente deve promover um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade, e não meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. Em outras palavras, possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorizando a vida, as relações pessoais e a determinação pessoal de cada indivíduo (BRASIL, 2013).

Ao trabalhar com o grupo específico das adolescentes em situação de acolhimento, cabe explicar o espaço social na qual essas jovens estão inseridas. As unidades de acolhimento são espaços que buscam retratar temporariamente estruturas familiares e sociais, procurando favorecer a inserção da jovem numa realidade social e familiar. Nessas unidades de acolhimento os adolescentes expressam e vivenciam suas realidades emocionais, sociais e biológicas. Apontam suas demandas interpessoais, sociais e até sexuais; suas potencialidades e limites, os quais são expressos considerando a conjuntura do abrigo.

Segundo a pesquisa de Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento, os principais motivos de acolhimento de crianças e adolescentes seriam a negligência da família (81%), a dependência química de pais ou responsáveis (81%), violência o abandono pelos pais ou responsáveis (78%), doméstica física, sexual ou psicológica (57%), a vivência de rua (35%), a prisão dos pais ou responsáveis (30%), a carência de recursos materiais da família (26%) e a exploração sexual (23%). Destaca-se que o Sudeste compõe 48,3% de serviços de acolhimentos institucionais públicos prestados no país e, desse total, 84,1% representam abrigos institucionais que acolhem crianças de 0 a 10 anos e de adolescentes na faixa etária de 11 a 20 anos de ambos os sexos (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).

O serviço de acolhimento destina-se ao acolhimento provisório de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).

Nesse contexto de abrigamento, muitas são as vivências dos adolescentes adquiridas durante esse acolhimento. Ao nos debruçarmos sobre a especificidade da saúde sexual de

jovens adolescentes do sexo feminino em situação de acolhimento, percebemos diferentes dinâmicas dentro desse espaço que surgem como fontes ricas de saberes.

As relações afetivas durante a adolescência se configuram inicialmente em situações sem compromissos, “ficar”, namoro se maturando ou não, conforme o tempo de relacionamento. Há de se perceber que essa vivência da sexualidade pelos adolescentes está relacionada a um contexto social, onde as questões de gênero confere ao homem maior poder sexual nas relações e impede a mulher de tomar iniciativas importantes na própria promoção da saúde, principalmente na sexual.

Entendemos o termo gênero, ou relações de gênero, como relações de poder entre homens e mulheres. O gênero caracteriza-se por meio das relações de poder como um meio de apreender o sentido e de compreender as complexas relações que caracterizam a interação humana. Refere-se a uma construção social da identidade sexual que designa às pessoas diferentes papéis, direitos e oportunidades, de acordo com seu sexo. O sexo refere-se às diferenças biológicas entre homens e mulheres (CRENSHAW, 2002; GONTIJO; MEDEIROS, 2009).

Discutir as relações de gênero dentro da sociedade é de suma importância para compreender as construções sociais acerca do feminino e do masculino, e suas respectivas possibilidades e limitações nas diferentes formas de existência social. Abordar gênero visando o grupo das adolescentes em acolhimento institucional trará a compreensão de que muitas situações vividas por essas jovens se justificam por relações que vão muito além da diferença entre os sexos e perpassa a história e o senso comum.

As diferenças de gênero são constituídas hierarquicamente: a construção social do ser homem tem um maior *status* que a construção social do ser mulher. O gênero é um termo relacional, que nomeia e caracteriza a interação entre o masculino e o feminino. Nessa perspectiva, o conceito de gênero associa-se principalmente a uma construção social baseada nas diferenças e desigualdades entre as pessoas do sexo masculino e feminino, geralmente presentes em nossa sociedade – modelo patriarcal (CRENSHAW, 2002).

Este modelo de dominação de gênero masculino é um dos principais geradores de DST, potencializadas nas mulheres jovens que, pela pouca idade, são biológica e socialmente mais vulneráveis (TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

É possível percebermos que as vivências sexuais da mulher em nossa sociedade, os vínculos afetivo/amorosos, infelizmente são ainda considerados indicações de vulnerabilidade às DST/Aids, à gravidez não planejada, à violência com parceiros íntimos e outras situações. É comum as adolescentes dispensarem o uso do preservativo por confiarem em seus parceiros

e/ou o substituírem os preservativos – prevenção de doenças – por outros métodos contraceptivos – prevenção da gravidez –, não tão indicados para a sua faixa etária. Apesar de o comportamento sexual feminino se aproximar do masculino no que diz respeito ao período de início da atividade sexual, a motivação para o engajamento sexual ainda está associada às expectativas tradicionalmente atribuídas à mulher, ao amor romântico e ao compromisso. A persistência de padrões tradicionais hegemônicos de gênero é verificada quando as jovens valorizam a existência de um vínculo afetivo com o parceiro na decisão de ter relações sexuais (TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

Essas diferenças de expectativas e papéis sociais são incorporadas e internalizadas por crianças e adolescentes, refletindo-se em seus comportamentos atuais e futuros, principalmente no que diz respeito à sexualidade, às relações pessoais, com namorados e cônjuges, bem como no acesso a informações e serviços de saúde sexual oferecidos antes e depois do casamento (BRASIL, 2010).

A adolescência, apesar de ser considerada uma etapa biológica, na maioria das vezes saudável e de baixa morbimortalidade, vem sendo hoje um dos grupos populacionais de maior atenção pelo setor saúde, principalmente em função do aumento e precocidade da atividade sexual na adolescência (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004; TAQUETTE, 2007).

No Brasil, segundo dados do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), o quantitativo de adolescentes no Brasil consiste em 17,91% da população total. E destaca-se, que dentro da faixa etária da adolescência, 18,5% correspondia ao sexo masculino e 17,33%, ao feminino. Estes números demonstram importantes características nos perfis sociodemográficos e epidemiológicos em todo país, no qual superam o percentual de crianças e idosos, 15,08% e 10,79%, respectivamente.

Compreende-se a adolescência como a fase do desenvolvimento humano compreendida entre 10 e 19 anos, conforme delimita o Ministério da Saúde seguindo a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - (BRASIL, 2010). Por sua vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - (BRASIL, 1990) circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade.

A adolescência pode ser entendida como o processo de estruturação do sujeito para a emancipação a partir de suas ações e decisões experienciadas e constrangidas pelas estruturas sociais, econômicas e institucionais, as quais são marcadas pelas categorias de gênero, classes sociais e etnias (BRASIL, 2010).

A adolescência compreende o período de mudanças físicas e mentais e a busca de sua identidade pessoal, o que favorece a inúmeras vulnerabilidades. Nesse sentido,

contextualizando a impulsividade e a curiosidade dos adolescentes junto a saúde sexual dos mesmos, pode-se perceber uma relação direta as questões das DST/ *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e Aids e a gravidez na adolescência.

Observa-se que o despreparo inicial dos adolescentes para compreender e desfrutar de sua sexualidade, o seu sentimento ilusório de proteção e poder sobre a vida, a sua dificuldade em tomar decisões e a necessidade de ser aceito pelo outro, são características que os tornam extremamente vulneráveis aos comportamentos sexuais de risco que os expõem às infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez precoce ou indesejada (BRASIL, 2000).

A adolescência caracteriza-se por variadas transições, sendo a sexualidade a de maior repercussão. A sexualidade é elemento significante durante a adolescência, sendo manifestada por diferentes identificações: imagem corporal; descoberta do outro como objeto de amor ou desejo; descoberta de si e das relações com a família, grupos e profissionais (HEILBORN, 2006; ROMERO et al., 2007).

Para analisar a saúde sexual das jovens, é importante considerar como cada uma se situa em relação a si mesma e ao outro, assim como reconhecer a sua capacidade de responder pelos seus atos, tendo por referência os diferentes sentidos sociais atribuídos à adolescência e sua saúde sexual.

Importante dizer que nem todas as jovens se expõem igualmente às questões sexuais, pois as informações se difundem de modo distinto pelas camadas sociais e são elaboradas contextualmente, fazendo com que a ideia de saúde sexual, se é adequada ou não ao seu período de vida, seja vivenciada de maneira particular nos diversos grupos (VILLELA; DORETO, 2006).

Na busca por melhores condições de vida, o governo vem implementando ações direcionadas à atenção à saúde de adolescentes, principalmente quanto à promoção de sua saúde sexual, tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - (BRASIL, 1990), Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) - (BRASIL, 1996c), Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e jovens (BRASIL, 2007b) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - (BRASIL, 2004b). Basicamente, as políticas têm por objetivos resgatar a cidadania desta parcela da população e facilitar o processo de conscientização desta adolescente sobre si mesma e de sua inserção no mundo como potencial transformador da realidade de vulnerabilidade e promotor de saúde.

Em relação às instituições de acolhimento, o ECA (BRASIL, 1990) determina que o abrigo – por constituir um espaço de desenvolvimento das crianças e adolescentes acolhidos – desenvolva práticas de cuidado à saúde desses adolescentes que assegurem os seus direitos e

favoreça a sua cidadania. Logo, os abrigos, que se caracterizam por instituições facilitadoras do processo de reinserção social, devem configurar cenários propícios para o processo educativo crítico e transformador (PENNA; CARINHANHA; LEITE, 2009). O jovem deve adquirir conhecimentos para desenvolver suas habilidades para a vida e estar motivado a atuar de maneira que promova a sua saúde e seu desenvolvimento (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, 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 área (LOPES; MALFITANO; BORBA, 2004).

As unidades de acolhimento são espaços privilegiados para a promoção da saúde, em especial da saúde sexual. Pensar políticas e estratégias de cuidado nesse espaço muito favorecerá a condição de saúde dessa população e, conseqüentemente, da futura adulta. Além disso, é possível visualizar o abrigo como um novo espaço de atuação do enfermeiro, uma vez que este é um agente da saúde com caráter de formação voltado para ações educativas. Tem imbuído em sua formação e atuação a qualidade de cuidar da pessoa, da família, dos grupos e comunidade na sua integralidade (PATRÍCIO, 2000).

O centro de acolhimento propicia o compartilhamento de vivências entre adolescentes, sob o olhar de profissionais cuidadores, e essa vivência coletiva ocorre dentro de um contexto ético e moral, de leis e valores sociais do meio (BORGES; MEDEIROS, 2004).

Nesse sentido, o abrigo procura criar dispositivos de seguridade social, minimizar os efeitos da falta de um núcleo familiar e garantir os direitos dessas adolescentes na sociedade, com regras, disciplinas e também valores perpassados entre os adolescentes e os profissionais cuidadores. Logo, entendemos que essa realidade pode influenciar, sobretudo, na maneira como ocorre a promoção da saúde sexual das adolescentes em situação de abrigamento.

A promoção da saúde contribui intensamente no processo de gerar saúde e qualidade de vida ao indivíduo. Nela, o indivíduo é visto de forma integral – como o principal sujeito de sua própria saúde – tornando-se capaz de participar, intervir e escolher as melhores condições para se obter sua saúde plena. Prioriza a relação indivíduo/coletivo, articula conhecimentos técnicos e populares, por meio da mobilização de múltiplas estratégias, medidas e atores no enfrentamento e resolução dos problemas (BUSS, 2014).

A promoção da saúde é entendida como uma estratégia para envolver o Estado e a sociedade no contexto de cuidado em saúde. Constitui um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação do indivíduo no controle desse processo. Para isso, é necessário que os

indivíduos e os grupos saibam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente de forma favorável, a partir do esforço coletivo, envolvendo a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o desenvolvimento de suas habilidades e intervenções para as ações conjuntas intersetoriais (BRASIL, 2002).

É influenciada não apenas de fatores biológicos, mas inclusive por acontecimentos cotidianos, relações interpessoais, condições do ambiente, desigualdades de gênero. Esses exemplos desencadeiam interferências diretas na vida do indivíduo, que promoverá ações próprias para a manutenção de sua saúde. A promoção da saúde visa propiciar o bem-estar físico, mental e social, e que cada indivíduo e grupos identifiquem aspirações, satisfaçam necessidades e modifiquem favoravelmente o meio ambiente, adquirindo hábitos e estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2006a).

A partir dessa definição, é possível observar que a saúde de adolescentes está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde, à prevenção de agravos e à atenção integral à saúde, incluindo-se nessa atenção à saúde sexual. Seguindo essa reflexão, podemos considerar a adolescência como uma oportunidade privilegiada para se garantir a plena expressão dos potenciais de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo. Logo, produzir a saúde com adolescentes é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos. A consciência desse direito implica reconhecer sua individualidade e autonomia, estimulando-as a assumir a responsabilidade com sua própria saúde, principalmente sua saúde sexual.

É importante considerar que a estigmatização destas adolescentes em instituições de acolhimento – mesmo quando velada – significa um dos principais fatores que dificultam a assistência no alcance da saúde integral do sujeito, uma vez que instaura barreiras, distancia o cuidador do cuidado e alimenta a postura discriminatória. Considerando esta dinâmica social, devemos contribuir para que estas adolescentes desenvolvam uma reflexão crítica de sua vida, com o objetivo de aumentar sua autoestima, autoconfiança e autocuidado. A sexualidade se destaca como campo em que a busca por autonomia de projetos e práticas é exercida de forma singular e com urgência própria da juventude. Encarar a sexualidade de maneira positiva e como dimensão de saúde fortalece as adolescentes enquanto sujeitos sociais (PENNA et al., 2012; SERRA; MOTA, 2000).

É fundamental valorizar, promover e incentivar o autoconhecimento, que implica buscar conhecer a si próprio, os valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros, em tomar contato com os sentimentos, conhecer o corpo e identificar as

potencialidades e dificuldades/bloqueios de diversas ordens. Portanto, discutir a prática sexual e a sexualidade dessas adolescentes, com vista à promoção da saúde sexual, é cada vez mais necessário para a construção de projetos de vida que visam lidar com a sexualidade de forma responsável e prazerosa por meio do conhecimento seu corpo, suas formas de obter prazer e compreensão dos riscos que alguns comportamentos as expõem.

A promoção da saúde de adolescentes precisa incorporar ações no serviço de saúde e intersetoriais no combate às desigualdades e iniquidades relacionadas à raça, etnia, gênero e orientação sexual, e a outras formas de exclusão e discriminação. Nesse sentido, espaços educativos, como o abrigo, por exemplo, devem possibilitar que as adolescentes assumam um papel de sujeito de sua história e da História, sendo elas, seu próprio agente de mudanças, em termos individuais e sociais. Assim, essas adolescentes em abrigo, ao compreenderem as questões de saúde sexual presentes no seu cotidiano, poderão realizar um autocuidado como um movimento que lhes faça sentido e desenvolver ações de cuidado que lhes sejam efetivamente tangíveis (BECKER, 2002; BRASIL, 2007c; SERRA; MOTA, 2000).

Nesta lógica, a promoção da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas – instituições de acolhimento – é um dos desafios atuais no cotidiano do setor saúde. O papel dos profissionais de enfermagem torna-se fundamental diante desse contexto de exclusão e desigualdades. Comumente, o enfermeiro traz em sua bagagem acadêmica a educação em saúde já reconhecida, como uma estratégia promissora de enfrentamento da vulnerabilidade em saúde e a promoção da qualidade de vida. As ações do enfermeiro estão ligadas diretamente com o sujeito e podem contribuir para a construção da identidade dessas jovens acolhidas. Para este sujeito, em especial, o cuidado requer sensibilidade, abertura, parcerias, mas, acima de tudo, a predisposição para criar laços (PENNA et al., 2012).

Na busca por reconhecimento das condições da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas e na proposição de cuidados que promovam essa saúde sexual, elegemos para mapeamento dessa realidade o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, cujos componentes chave são as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e o comportamento de promoção da saúde desejável – e seus subcomponentes (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

A Teoria de Nola Pender constitui uma teoria de Enfermagem que pode ser utilizada na implementação e avaliação de ações de promoção da saúde por meio da observação de comportamentos que levam à promoção da saúde. Ela objetiva a prática do cuidado fundamentada no diagnóstico dos sujeitos envolvidos, o que fortalece a escolha por esse modelo. Ao elucidarmos esses componentes no que diz respeito aos comportamentos sexuais

das adolescentes em situação de abrigamento realizaremos um mapeamento efetivo sobre a promoção da saúde sexual dessas jovens e teremos subsídios para propor melhorias no cuidado na vida das adolescentes e no abrigo.

Questão norteadora

Essa pesquisa tem por questionamento básico a seguinte questão: Como se caracteriza a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento considerando os componentes chave da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender?

Objetivos do estudo

Com o intuito de responder e aprofundar os questionamentos existentes, esta pesquisa tem como objetivos:

Objetivo Geral

Analisar a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento considerando a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender;

Objetivos Específicos

- a) Identificar e analisar os comportamentos e aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais relacionados à saúde sexual de adolescentes acolhidas,
- b) Identificar e analisar os sentimentos e fatores influenciadores das adolescentes acolhidas associados à promoção de sua saúde sexual,
- c) Indicar possibilidades de cuidados auxiliadoras na autopromoção/autocuidado da saúde sexual das adolescentes em acolhimento.

Consideramos como pressuposto que o comportamento sexual das adolescentes em situação de acolhimento tem relação íntima com as características de seu contexto social; as influências de valores, crenças, normas e sentimentos compartilhados entre todos os atores sociais da instituição de acolhimento, e que determinam suas atitudes e comportamentos de promoção da saúde sexual.

Relevância do estudo

Este estudo apresenta relevância ética desvelando a cultura contemporânea das adolescentes no que tange a sexualidade e promoção da saúde sexual das mesmas. Haja em vista às mudanças comportamentais na sociedade moderna, entende-se que existam novos fenômenos nas relações interpessoais de adolescentes e, conseqüentemente, na expressão da própria sexualidade. Assim, as adolescentes podem apresentar comportamentos referentes a manutenção de sua saúde sexual com estratégias específicas para a promoção da saúde sexual. Ainda, é relevante à medida que estabelecerá dados importantes relacionados à saúde sexual de adolescentes em acolhimento institucional, bem como traçar o perfil de saúde sexual das mesmas, caracterizando as relações interpessoais e a forma como elas proporcionam sua promoção da saúde. Logo, esses dados poderão trazer informações que possam ampliar o conceito de saúde sexual para além das DST e gravidez, e identificar novos fenômenos presentes na temática em questão.

Justificativa do Estudo

Esse estudo fortalece a prática de cuidado da Enfermagem junto às adolescentes institucionalizadas, grupo prioritário na agenda nacional de pesquisa em saúde. A contribuição se dá na medida em que, ao mapear as condições de saúde sexual de adolescentes institucionalizadas utilizando uma teoria de enfermagem, que se baseia na observação/verificação dos comportamentos relacionados à promoção da saúde, delinea os fatores influenciadores, a condição de promoção da saúde propriamente dita, suas

repercussões na vida da adolescente e propõe, a partir desses subsídios, a construção de propostas mais efetivas e direcionadas a esse grupo populacional.

Adolescentes institucionalizadas, como já anteriormente mencionadas, possuem uma fragilidade quanto às referências afetivas e educativas sobre a promoção da saúde. Na medida em que possamos identificar a condição de saúde sexual e os fatores que influenciam a promoção desta, estaremos contribuindo na atenção primária e na prevenção de situações de risco quanto à saúde sexual dessas jovens. Algumas dessas situações poderão vir a ser discutidas com a avaliação das condições reais de educação em saúde oferecidas no interior dessas instituições.

A atenção para essa temática também se sustenta, ao verificarmos que, mesmo sendo prioridade da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) - (BRASIL, 2008) há ainda, nacionalmente, uma escassez de produção de conhecimento científico, em particular no nível da pós-graduação em enfermagem sobre a promoção da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas.

A pesquisa científica atua como um artifício fundamental no mapeamento das políticas públicas que circundam as temáticas de saúde prioritárias no país. É necessário refletir que a carência de produções no nível de pós-graduação acerca da promoção da saúde sexual de adolescentes acolhidas dificulta a apresentação de dados palpáveis sobre o desdobrar dos serviços de saúde na vida desse grupo populacional.

A importância em mapear os fatores e condições de saúde sexual das adolescentes acolhidas, e ainda, compreender suas dinâmicas acerca da sua promoção da saúde sexual colaboram com dados substanciais para propostas de saúde aliadas a ações governamentais mais específicas e efetivas para este grupo em questão. No tocante as novas propostas assistenciais, entendemos que medidas atualizadas minimizarão os riscos sexuais dessas adolescentes, bem como preveni-las e empoderá-las sobre o autocuidado quanto à saúde sexual feminina.

Após a realização do estado da arte no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) acerca da temática proposta nesse estudo, verifiquei que inexistem produções referentes à promoção da saúde sexual de adolescentes em abrigo na perspectiva da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender. Ressalta-se que essa pesquisa foi realizada no período de junho de 2013 e com as seguintes palavras-chave: “promoção da saúde” e “enfermagem”. Ao se realizar a busca utilizando ambas palavras-chave associadas, foram encontradas 223 publicações que, após aplicação dos critérios de inclusão – publicação de 2000 a 2013 e ter o foco na promoção de saúde utilizando o Modelo de Promoção da

Saúde de Nola Pender –, reduziu-se a sete dissertações. Dentre as temáticas em questão, três referiam-se à Saúde do Idoso, duas correspondiam à Saúde da Mulher e duas relacionavam-se à Saúde do Trabalhador. Este resultado infere que, em um período de 10 anos, há poucas produções científicas relacionadas à promoção de saúde com utilização de teorias de enfermagem, havendo ano sem produções de Pós-Graduação no âmbito nacional. Apenas uma dissertação trabalhou a temática de Saúde Sexual, porém com adultos. Em relação à Promoção da Saúde Sexual de adolescentes em abrigo associada à Teoria da Promoção de Saúde de Nola Pender, faz-me supor que o presente estudo colaborará com o meio científico, em especial na área da Enfermagem e Promoção da Saúde, considerando a aplicabilidade da Teoria de Enfermagem da Promoção da Saúde.

Contribuições do estudo

Este estudo pretende expandir o conhecimento, trazendo contribuições significativas para o ensino, a assistência e a pesquisa em enfermagem.

Com este trabalho, pretende-se colaborar com a construção de conhecimentos atualizados e/ou sobre a dinâmica comportamental relacionada à saúde sexual das jovens. Na medida em que se compreende tal dinâmica, é possível construir novas tecnologias de cuidado que sejam elaboradas em conjunto com tal grupo populacional, considerando principalmente sua condição de agentes ativos de mudanças e de promoção de sua saúde. Diante disso, pode-se considerar que o cuidado de Enfermagem calcado nas ações educativas poderá favorecer mudanças na qualidade de vida das adolescentes em situação de abrigo, para que tenham um grande potencial de exercer plenamente sua cidadania.

A Enfermagem, baseada nos conceitos que trabalha e na especificidade das ações e sujeitos de sua prática, é norteadada pelo princípio do compromisso social. Isso implica seu envolvimento com propósitos que favoreçam o bem-estar da pessoa, individual e coletivamente (FERREIRA et al., 2000).

Para o ensino de enfermagem, buscamos proporcionar novas questões acerca da promoção de saúde sexual das adolescentes em acolhimento. As adolescentes institucionalizadas constituem um grupo específico e pouco discutido durante a graduação e pós-graduação em Enfermagem. Neste sentido, a pesquisa poderá estimular o interesse para o tema e proporcionar discussões e reflexões entre professores e alunos, consolidando, assim, a

capacitação de profissionais de saúde mais preparados para trabalhar a promoção de saúde com esse público em questão.

Considera-se que o estudo contribuirá com novos conhecimentos e inovações na assistência dos profissionais de saúde, principalmente de enfermagem. Ao se trabalhar a promoção de saúde sexual de adolescentes institucionalizadas com base na Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o cuidado passa a ter um eixo norteador com início, meio e fim, facilitando a assistência e servindo como um modelo para demais profissionais seguirem. Dessa forma, o estudo poderá auxiliar os profissionais de saúde e de acolhimento institucional a compreender os diversos aspectos que envolvem a vida dessas adolescentes e desenvolver ações e medidas que visem à promoção de saúde para o bem-estar e qualidade de vida relacionada à sua saúde sexual. Para a população, ajudará no empoderamento feminino por um cuidado baseado na autonomia e potencialidades das adolescentes, e, conseqüentemente, promover a equidade de gêneros na sociedade.

No campo da pesquisa, pretendemos com o presente estudo minimizar a carência de informações sobre a promoção de saúde sexual de adolescentes acolhidas, fornecendo informações que possam motivar o aparecimento de pesquisas posteriores nesta temática e suscitar reflexões e medidas que visem as questões de saúde dos adolescentes institucionalizadas. À medida que se apresentam resultados e se discutem novos aspectos envolvendo as adolescentes em acolhimento, novos objetos podem ser elaborados e desenvolvidos, produzindo-se conhecimentos inovadores e minimizando a carência de pesquisas sobre o assunto.

Este estudo é um desdobramento da pesquisa “Saúde reprodutiva e sexual das adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial”, que tem como objetivo mapear e caracterizar as situações de vulnerabilidades na saúde sexual das adolescentes acolhidas no Município do Rio de Janeiro.

Também, encontra-se inserido no Grupo de Pesquisa Gênero, Violência em Saúde e Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ – ENF/UERJ. Para o referido núcleo, o estudo pretende contribuir com o aprofundamento das temáticas envolvendo a saúde sexual, gênero e promoção da saúde, além de apontar novas possibilidades de investigações, uma vez que um estudo não se encerra em si mesmo – ao contrário, acaba por trazer novos questionamentos que necessitam ser investigados.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Adolescência

Considerada uma etapa importante para o indivíduo, a adolescência tornou-se, nesses últimos anos, foco de atenção à saúde com os programas e políticas de saúde específicas para o grupo de adolescentes.

É definida como período em que ocorre a transição da passagem da infância para a vida adulta. O Ministério da Saúde (MS) tem por base a definição da OMS que delimita a adolescência como a segunda década de vida – 10 aos 19 anos – e a juventude como o período compreendido dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 2013). Para o ECA, a adolescência corresponde à faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Essa fase é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano e é considerada um dos momentos cruciais do desenvolvimento do indivíduo. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

Nessa fase é comum a ocorrência de transformações biológicas, psicológicas e sociais relacionadas ao crescimento físico, maturação sexual e aquisição da capacidade de reprodução, que permitem o desenvolvimento de uma identidade adulta. Compreende também um processo no qual a identidade, a sexualidade, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis são importantes na construção das relações do(a) adolescente com o seu mundo (BECHARA et al., 2013; BRASIL, 2006a).

A puberdade e a adolescência são etapas do desenvolvimento presentes na vida do adolescente. Embora relacionadas, a puberdade corresponde aos processos biológicos, que culminam com o amadurecimento dos órgãos sexuais, e a adolescência, por sua vez, compreende as alterações biológicas, mas também as psicológicas e sociais (CAMPAGNA, SOUZA, 2006).

A maneira como os adolescentes se veem física e emocionalmente e o modo como são tratados em seu grupo social, têm grande importância e contribui para a formação de sua personalidade adulta e da relação com seu próprio corpo. Conforme as experiências vividas, este adolescente adquirirá princípios, valores, crenças, atitudes e vontades, além de descobrir

seu papel social. É possível dizer que, por vivenciarem essas questões, o adolescente passa por esse período com intensa ansiedade e inúmeras fantasias, buscando cada vez mais novas experiências e desafios (BRASIL, 2006a; BRILHANTE; CATRIB, 2011).

Para os adolescentes, a compreensão sobre as mudanças do próprio corpo, juntamente com atuação dos hormônios sexuais, fomentam o despertar de buscas, curiosidade e impulsividade, principalmente, sobre as questões sexuais. Este fato favorece novos relacionamentos afetivos e a iniciação sexual dos jovens como um processo de construção da identidade adulta (FREITAS; DIAS, 2010; ROEHERS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Devemos considerar os relacionamentos afetivos na adolescência como um forte propulsor de curiosidade, descobrimento do corpo e seu desenvolvimento psíquico e sexual. Para os adolescentes, os diversos tipos de relacionamentos afetivos como “ficar” e namorar caracterizam a maneira de criarem laços afetivos e lidarem com seu desejo sexual.

O ato de "ficar" é explicado como uma ação fugaz, por vezes descartável e que, *a priori*, não envolve sentimento, a não ser o de prazer momentâneo que pode ou não envolver inclusive o sexo. Implica, ainda, na adição de outros elementos como sentimentos de "gostar", a ideia de comprometimento, de fidelidade e de envolvimento com a família (TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

O adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos. As questões sobre a sexualidade não são exclusivas da adolescência, mas é durante este período que se inicia a organização sexual definitiva, tanto do ponto de vista somático, como sociológico e psicológico, e que a identidade sexual se torna importante. Por isso, é comum que neste período da vida muitas pessoas iniciem suas atividades sexuais.

Atualmente, este fenômeno vem ocorrendo cada vez mais precocemente entre os adolescentes de ambos os sexos. Na pesquisa realizada no Brasil sobre adolescência e sexarca, os resultados evidenciaram que mais da metade dos jovens brasileiros entre 15 e 19 anos já tiveram relações sexuais pelo menos uma vez na vida e que a média de idade na primeira relação foi de 14,9 anos. Neste mesmo estudo, no período de 1998 e 2005, é possível perceber que a proporção de jovens entre 15 e 19 anos que já tiveram ao menos uma relação sexual se manteve estável em torno de 61,6% e a idade média da primeira relação sexual também se manteve em 14,9 anos (PAIVA et al., 2008).

Podemos dizer que esses diversos relacionamentos na adolescência, juntamente com a falta de diálogo sobre sexualidade, uso de drogas e problemas na família e os tabus impostos pela sociedade vêm contribuindo como fatores diretos no início da atividade sexual ainda adolescência.

A atividade sexual na adolescência está muitas vezes associada a outros comportamentos de risco, como o consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Comportamentos sexuais de risco como as relações sexuais sem utilizar preservativo – mesmo que se tenham utilizado outros métodos contraceptivos– os múltiplos parceiros sexuais e as relações sexuais com estranhos constituem uma séria ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, bem como ao seu bem-estar social (FERREIRA; TORGAL, 2011).

Nesse sentido, é possível perceber que, durante a adolescência, o perfil de morbidade muda em relação à infância. Agora não são mais as doenças prevalentes na infância que vão caracterizar o perfil, mas um conjunto de doenças e agravos decorrentes, sobretudo, por exemplo, do comportamento sexual, do uso ou não de drogas e do convívio social de cada adolescente. Durante este período da vida, a cognição e a tomada de decisão ainda estão em desenvolvimento, o que deixaria os jovens mais vulneráveis a comportamentos de risco, entre eles, os sexuais.

Embora as tendências do comportamento sexual dos adolescentes sexualmente ativos sejam mais positivas nos últimos anos – pois o uso de métodos contraceptivos tem aumentado– a contracepção e a prevenção de DST nem sempre são consideradas como um assunto prioritário pelos adolescentes no início da sua vida sexual e ainda há muitos que não os utilizam ou o fazem de forma inconsistente ou incorreta.

Os adolescentes podem ter recebido informação e/ou formação sobre métodos anticoncepcionais e a importância da prática de sexo seguro, mas isso nem sempre significa que a utilizem. Nesse sentido, o não planejamento das relações sexuais, a falta de capacidade para negociar a abstinência ou o uso de preservativo e para falar com o parceiro sobre sexo, a percepção de que o risco é baixo e as circunstâncias em que ocorre o encontro – inesperado, indisponibilidade de preservativo– estariam entre alguns dos motivos que explicariam a falta de adesão aos métodos de proteção por parte dos jovens, expondo-os a relações sexuais não protegidas. O não uso, portanto, não pode ser atribuído ao desconhecimento dos adolescentes quanto à importância e a forma de utilização de preservativos (FERREIRA; TORGAL, 2011; MARTINS et al., 2006; TRONCO; DELL’AGLIO, 2012).

A avaliação da saúde sexual dos adolescentes é uma componente essencial dos cuidados prestados a este grupo de indivíduos, atendendo ao risco substancial que os seus comportamentos sexuais representam para a sua saúde. As questões relativas à sexualidade, sexo e gênero, juntamente com um contexto de abrigo, favorece o aumento da vulnerabilidade desses adolescentes, tornando-os um grupo vulnerável. Aspectos como a

inexistência de um núcleo familiar sólido e a violência social intensificam ainda mais sua fragilidade na promoção de sua saúde sexual.

1.2 Saúde Sexual e Gênero

A saúde sexual é uma temática recente e considerada uma conquista das lutas feministas no último século, abarcando questões anteriores como sexualidade, direito e gênero.

O movimento feminista brasileiro foi capaz de grande mobilização e conquistas de direitos para as mulheres. Esse movimento empreendeu esforços pelo direito à saúde integral e conferiu visibilidade a temas como a sexualidade, o aborto, a violência, a morte materna, a qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal – saúde materna, a contracepção, dentre outros. Contribuiu, ainda, para que essas questões passassem a ser abordadas como integrantes dos Direitos Humanos e adquirissem o *status* de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (TEIXEIRA, 2010).

As lutas dos movimentos feministas tinham base na apropriação das mulheres sobre seus próprios corpos, num processo de reconhecimento das mulheres como sujeitos dotados de direitos nos diversos espaços sociais. Essas lutas fomentaram gradativamente, movimentos e conquistas em relação aos direitos, principalmente os da saúde sexual e reprodutiva, em um contexto de busca pela cidadania (TEIXEIRA, 2010).

O direito sexual caracteriza-se como o “direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a)” (BRASIL, 2009, p. 4).

A sexualidade humana é uma construção histórica e sociocultural, e se transforma conforme as mudanças nas relações sociais. De maneira mais ampla, é definida como ponto central do ser humano no decorrer da vida, que engloba sexo, identidade de gênero e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É influenciada ainda pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Além disso, a sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, sentimentos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (BRASIL, 2006c, 2009).

Sob essa perspectiva, a saúde sexual pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos em experimentar e expressar sua sexualidade, de forma segura e agradável. De modo que não existam riscos de infecções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. Inclui o prazer, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa (BRASIL, 2013).

É fundamental relacionar a saúde sexual e o gênero, uma vez que os papéis sociais surgem com desdobramentos diferentes para o sexo feminino e masculino em uma mesma sociedade. Podem variar com os fatores sociais de cada indivíduo – escolaridade, classe social, faixa etária, grupo populacional e cultura –, mas, ainda assim, há uma predominância de poder sobre o outro.

O uso do termo gênero representa um processo que procura explicar os atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino ou ao feminino, considerando a construção social formada hierarquicamente como uma relação de poder entre os sexos. Essas relações de poder são distribuídas baseadas em identidades e diferenças entre os gêneros. Essas diferenças são construídas, e, com elas, surgem as segregações e os consequentes conflitos de poder, comportamentos e projetos adequados para cada um (SCOTT, 2005).

As relações de gênero produzem uma distribuição desigual de autoridade, de poder e de prestígio entre as pessoas de acordo com seu sexo. Esta questão se remete às diferenças de papéis sociais atribuído a cada sexo e sua relação de poder e prestígio dentro da mesma sociedade. Segundo Ribeiro e Campos (2004), as relações humanas, em forma geral, são estabelecidas com base nas relações de poder. Em nossa sociedade, as relações que se estabelecem entre homens e mulheres evidenciam diferenças de gênero significativas que compilam desigualdades severas e oprimem o livre exercício dos direitos sexuais, caracterizando assim consequências negativas para a saúde sexual, cidadania e vida do indivíduo mais desfavorável, no caso, a mulher. Nesse sentido, é possível perceber, em meio a essas dinâmicas de poder, que a sociedade estabelece modelos de conduta específicos e distintos para cada pessoa em função do seu sexo. Isso tem determinado estereótipos rígidos a respeito do que é ser homem ou mulher.

No entanto, o conceito de gênero relativiza e questiona essa determinação, distinguindo a dimensão biológica dos atributos culturais de cada um dos sexos. O gênero enfatiza o aspecto relacional e a escolha cultural na construção das várias formas de ser homem ou mulher. O estereótipo é uma ideia que generaliza e padroniza o comportamento de todos os membros de um grupo. Em nossa sociedade, o estereótipo do feminino aponta para características como passividade, afetividade, fragilidade, tolerância e emotividade e o

masculino aponta para agressividade, força, objetividade, racionalidade e competitividade. Ambos distorcem a realidade, superficializando e empobrecendo as relações entre as pessoas (SUPLICY et al., 2005).

Para cumprir com as expectativas do que é ser homem e do que é ser mulher, especificamente na sociedade ocidental, ambos se colocam – ou são colocados – em situações que desempenham sua prática sexual de maneira desprotegida e afrontando sua própria saúde. Se por um lado os homens são pressionados a provar sua masculinidade e virilidade perante a sociedade, lançando-se em situações perigosas e violentas, iniciando-se cedo nas atividades sexuais, tendo várias parceiras; por outro, as mulheres sofrem preconceitos que acabam submetendo-as, muitas vezes, a relações de forte dependência, implicadas com a dificuldade de tomar decisões e efetivá-las (WIESE; SALDANHA, 2011).

A adolescência é igualmente construída e legitimada a partir das representações de gênero, ou seja, a forma como cada um descreve a si mesmo, o outro e a relação que se estabelece entre eles. Desde o nascimento, meninos e meninas são preparados para responder às expectativas da sociedade em relação ao papel que cada um deve desempenhar. A família e a escola aparecem como instituições vigilantes e facilitadoras do processo de assimilação desses papéis (WIESE; SALDANHA, 2011).

Historicamente, a saúde sexual feminina é permeada por diversas relações sociais, de interesse e de poder. A questão da submissão feminina é um forte exemplo das relações de gênero com a saúde sexual da mulher. As relações de gênero têm se mostrado importantes na condução das escolhas sexuais de adolescentes, particularmente o momento da primeira relação sexual e o primeiro parceiro sexual. Considerar a timidez da adolescente e a falta de intimidade com o parceiro para negociar o uso de preservativo explica a dificuldade da tomada de decisão da jovem e os altos índices de DST/HIV/Aids e gravidezes não planejadas como maior acometimento de sua saúde e o risco de morte nesta faixa etária (FREITAS; DIAS, 2010; TAQUETTE et al., 2011).

No que diz respeito à saúde sexual na adolescência, podemos afirmar que é nesta fase que se iniciam as práticas sexuais, inserindo os adolescentes no contexto das infecções sexualmente transmissíveis e Aids, gestação não planejada e aborto. Este fato corrobora com uma maior preocupação sobre a saúde sexual dos adolescentes e principalmente as adolescentes do sexo feminino, haja vista as questões de gênero presentes em nossa sociedade (MARTNS et al., 2012).

Segundo Hugo et al. (2011), no Brasil, a idade média da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino, dado esse que também se repete nos

estudos mais recentes realizado na Europa e na América do Norte, pela OMS, que revelam que 26,0% dos escolares com 15 anos de idade já tiveram relação sexual (CURRIE et al., 2012).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar (PENSE), a frequência de escolares adolescentes do sexo masculino que tiveram relação sexual foi de 43,7% e entre os escolares do sexo feminino a proporção foi de 18,7%, para o conjunto das capitais e o Distrito Federal (IBGE, 2009). Acredita-se que o percentual real do sexo feminino seja ainda maior, pois é comum, algumas sentirem-se desconfortáveis de afirmar início da atividade sexual com receio de serem julgadas pela sociedade, consequência das questões de gênero impostas a essa adolescente.

Numerosas barreiras relacionadas ao gênero, algumas em nível institucional e de política e outras nos níveis da família e da comunidade, contribuem para gravidez indesejada e infecções por DST durante a adolescência.

Com grande recorrência, as mulheres são consideradas alvo dos programas de planejamento familiar em vez de parceiras e beneficiárias dos serviços de saúde. As mulheres muitas vezes são impedidas pelas normas de gênero de pedir e receber informações de saúde sexual e reprodutiva e, ao mesmo tempo, o estereótipo de gênero de que o planejamento familiar seja um programa voltado ao público exclusivamente feminino (OMS, 2006).

A sexualidade em um ambiente familiar pode ser vista pelos pais como sinônimo de ato sexual. Dessa maneira, as informações da sexualidade na adolescência recebe uma abordagem de entendimento de proibição do sexo com suas filhas, levando-as a uma comunicação e diálogo sobre sexualidade no meio familiar cada vez mais difícil e distante da realidade (NASCIMENTO, XAVIER, SÁ, 2011).

O papel crucial do gênero e da sexualidade influenciam as interações sexuais e a capacidade de homens e mulheres de adotar comportamentos seguros. Os padrões de virgindade pré-matrimonial e a educação sexual da família podem limitar o acesso das jovens a informação sobre sexo e até mesmo levar a comportamentos sexuais de maior risco, como principalmente, o sexo anal. As jovens podem cair em um círculo vicioso onde a prática sexual desprotegida desencadeia infecções por DST e gravidezes na adolescência, que levam ao abandonar a escola e à dependência econômica.

Outra situação é a dinâmica de poder entre homens e mulheres em um relacionamento afetivo e os diálogos e negociações para o uso de métodos anticoncepcionais e o planejamento de gravidez.

As normas de gênero e o desequilíbrio de poder entre os sexos têm um impacto direto sobre o comportamento sexual e um maior ou menor risco de se contrair DST. Em muitas vezes, as normas podem desencorajar as mulheres de mostrar seus conhecimentos e dialogar sobre sexo e temas relacionados com seus parceiros. Como consequência, as tentativas conversar e negociar o uso de preservativos tornam-se cada vez mais difíceis durante o convívio do casal. Em uma tentativa de se proteger e prevenir DST e gravidezes, algumas adolescentes podem ter de usar métodos anticoncepcionais em segredo quando seus parceiros os desaprovam. Isto é especialmente comum entre mulheres que vivem sob a ameaça de maus tratos físicos por parte de seus parceiros (OMS, 2006).

A violência sexual na adolescência pode se justificar, uma vez que a gravidez favorece o estabelecimento de uma união conjugal precoce, na qual a jovem estaria em desvantagem em relação aos recursos econômicos e sociais que pode mobilizar, quanto em consequência de uma relação violenta e abusiva por parte de um parceiro, na qual a autonomia da jovem em relação à sua sexualidade e reprodução é limitada. Somando-se a isso, a permanência e forte aceitação de estereótipos tradicionais acerca dos papéis tradicionais de gênero entre as jovens mais desfavorecidas podem contribuir no sentido de naturalizar as relações desiguais e mesmo violentas entre homens e mulheres, bem como identificar a maternidade e a domesticidade como trajetórias naturais da mulher (CHACHAM, MAIA, CAMARGO, 2012).

A desvantagem econômica das mulheres em muitas sociedades leva a uma falta de poder de negociação sexual. A necessidade das adolescentes de receber sustento econômico por parte dos parceiros pode fazer com que elas continuem a ser omissas sobre assuntos de sexo e fidelidade nas relações que conferem um certo grau de segurança econômica. As estratégias de sobrevivência de algumas adolescentes em condições sociais desfavoráveis incluem prostituição e a provisão de sexo a diversos parceiros que oferecem presentes materiais em troca. Muitas vezes as mulheres são incapazes de negociar tal proteção por temor ao abandono e perda de clientela, ficando sujeitas a todas as questões de riscos à saúde sexual (OMS, 2006).

A ausência de autonomia na esfera da sexualidade pode ser considerada um risco para a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Existem evidências significativas de que a falta de autonomia significa um grande obstáculo, quando não uma impossibilidade de as mulheres negociarem tanto a frequência da relação sexual quanto o uso de métodos de prevenção de gravidez e das Aids/HIV/ DST (doenças sexuais transmissíveis) (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012).

Com base nestas reflexões, a promoção da saúde sexual é um fator importante para a construção da autonomia dessas adolescentes como pessoas saudáveis e responsáveis. A educação de saúde sexual livre de prejuízos e preconceitos, com abordagem positiva da sexualidade e não focando somente as questões biológicas e reprodutivas, possibilita que as adolescentes experimentem uma vida sexual segura, agradável e informada, baseada na autoestima e no empoderamento (BRASIL, 2006a).

1.3 Contextualizando as Políticas Públicas de Saúde à População Feminina

Em todo o mundo, após a Segunda Grande Guerra, observou-se uma valorização do social, com maior aproximação das ciências sociais e das ciências da saúde. A cultura, o modo de vida, crenças e valores na relação com o processo de saúde-doença, passaram a conduzir a construção de um conceito mais ampliado da saúde – definida como um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças (SARRETA, 2009).

A busca de respostas às demandas sociais, engendradas pelo próprio sistema, implicou a democratização e implementação da política social sustentada pelo Estado de Bem-Estar Social efetivado nos países desenvolvidos. As políticas sociais surgem como um conjunto de medidas e instituições que têm por objetivo o bem-estar e os serviços sociais, para ampliar a cidadania, a inclusão social e política dos indivíduos. Assim, em quase todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento, nas últimas décadas do século XX, o Estado passa a implementar políticas sociais abrangentes, sendo perceptível as questões de gênero (LAURELL, 2002).

No Brasil, o início do processo de democratização da saúde (final da década de 70 e início da década de 80), constituiu-se o cenário ideal para o questionamento do modelo vigente de atenção à saúde das mulheres. Os movimentos sociais, especialmente de mulheres, tiveram um papel decisivo na construção dessa agenda de reforma, reivindicando tanto a democratização das decisões e mais espaços para o público feminino na sociedade como o acesso aos serviços públicos e a melhoria das condições de vida. Especificamente no que se refere aos movimentos de mulheres, ao mesmo tempo em que denunciavam desigualdades de classe, passaram a discutir temas relativos à condição da mulher, tais como sexualidade, contracepção, violência, aborto, pauta do movimento feminista. A partir disso, houve uma

convergência com o movimento feminista, o qual, diferentemente dos movimentos com participação de mulheres, elegia como foco a superação das desigualdades presentes nas relações entre homens e mulheres, incluindo na agenda pública a questão de gênero (FARAH, 2004).

No que diz respeito às políticas públicas, as questões colocadas pelos movimentos de mulheres – nas décadas de 70 para 80 do Século XX – coincidiram com as necessidades apontadas pelos movimentos sociais em seu conjunto e referiam-se à ampliação da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde (SANTOS, 2005). A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolve uma crítica à ação do Estado e à formulação de propostas de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher.

No início da década de 1980, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais implementaram programas voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso para as mulheres (SANTOS et al., 2000).

Observou-se um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o feminista. As mulheres passaram a expor suas reivindicações: direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico. O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) - (SEPÚLVEDA, 1997).

A criação do PAISM, em 1983, representou um marco histórico das políticas públicas voltadas às mulheres; a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos(as) profissionais e uma adequação da estrutura dos serviços de saúde em seu todo. A adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres.

Desse modo, as mudanças de abordagem nas políticas de saúde da mulher resultaram da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se, dentro da rede de serviços de saúde, um novo pensar e agir sobre a

questão da mulher (COSTA; AQUINO, 2002). A partir dessa interlocução entre representantes dos movimentos de mulheres e os profissionais da área da saúde, consolidou-se a ideia de atenção integral à saúde da mulher presente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O conceito de integral deveria não só enfatizar a ligação do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físico-biológicos da vida das mulheres. Ou seja, o atendimento em saúde deveria estar norteado por uma abordagem das mulheres como seres completos – não apenas como partes isoladas de um corpo– mas pessoas que vivem um momento emocional específico e estão inseridas em um determinado contexto socioeconômico.

Desse modo, o PAISM ampliou a visão de integralidade presente nas formulações do movimento sanitário para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassa sua especificidade reprodutiva, para então assumir uma perspectiva holística de saúde (COSTA; AQUINO, 2002).

O marco referencial do PAISM rompe com o paradigma materno infantil, no qual a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz, e cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças.

O PAISM, fruto de uma luta social, traz a perspectiva de política emancipatória, de transformação de relações desiguais entre os gêneros, particularmente buscando fortalecer as mulheres. Significou o pacto possível na época e uma estratégia de saúde pioneira, incluindo a integralidade e enfoque de gênero, ainda que limitada. Na proposta deste programa, a integralidade significou apontar que a saúde das mulheres precisava ser assistida em todos os ciclos de vida da mulher e não apenas no período gestacional. Também significou o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde que deveriam abordar os cuidados com o corpo numa perspectiva de fortalecimento da autonomia das mulheres (SOUTO, 2008).

Nessa perspectiva, a integralidade passa a ser um dispositivo pedagógico para a construção da cidadania, que se revela no fazer cotidiano, pois se encontra no cerne da luta pela saúde, como direito, e no reconhecimento a relações entre cidadão e serviços, como espaço de alteridade e de autonomia dos sujeitos implicados no cuidado a saúde (SOUTO, 2008).

Na década de 90, com a implantação da política do SUS e a conseqüente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM fortifica-se, embora as ações no

campo da saúde reprodutiva fossem privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde materna nas práticas desenvolvidas.

Algumas lacunas subsistiram como a atenção ao climatério e à adolescência e a própria inclusão da perspectiva de gênero e de raça/etnia nas ações a serem desenvolvidas. A rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência do Cairo, realizada em 1994 (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

Em 2003, a formulação das políticas passou a ser realizadas em cenários e com a participação social – nos quais a integralidade e a intersetorialidade das políticas públicas tornaram-se diretrizes fundamentais – certamente influenciando a área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, que identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e novas ações foram propostas na perspectiva de inclusão da diversidade da condição feminina: mulheres rurais, lésbicas, negras, portadoras de deficiência, entre outras. Esse olhar vai ao encontro tanto de uma abordagem de gênero quanto da integralidade na multidimensionalidade do ser humano (SOUTO, 2008).

Em 2004, com a parceria de diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, foi formulada e proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujos objetivos eram reduzir a mortalidade por causas previsíveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), esse documento denota um ganho no que se refere aos direitos humanos das mulheres, visto a sua implantação concomitantemente aos diversos movimentos feministas no Brasil. Os princípios norteadores dessa política são a integralidade e a promoção da saúde da mulher, com ênfase nas questões de gênero.

Na PNAISM, há uma série de princípios e diretrizes que embasam as ações relativas à humanização e à qualidade de atendimento na atenção à saúde das mulheres. Essa política está subdividida em ações a grupos populacionais femininos específicos que buscam compreender a imbricação de fatores que subsidiam as práticas em saúde da mulher. Por meio dessa política, grupos específicos – como trabalhadoras rurais, indígenas, lésbicas, mulheres em situação de cárceres, mulheres na terceira idade e adolescentes do sexo feminino, – que antes eram esquecidas pelo sistema –, passam a receber atenção de saúde mais específica a sua demanda.

Em se tratando da saúde do Adolescente, é relevante destacar que, durante muitos anos, crianças e adolescentes não eram considerados cidadãos, não havendo direitos e deveres

perante a sociedade. Havia intensa exclusão social e inexistiam políticas de saúde que assegurassem condições mínimas de atenção e promoção da saúde para esse grupo.

Em 1984, por ocasião da construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, é também estabelecido o Programa de Atenção Integral à Criança. E, posteriormente, é constituído o ECA (BRASIL, 1990) e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) (BRASIL, 1996c). Tais ações governamentais permitiram modificar as condições de saúde e direitos dos adolescentes e trouxeram benefícios que garantiam melhores condições de vida à esse grupo.

A promulgação do ECA em 1990 garantiu novos paradigmas de atenção à infância e à adolescência. O Estatuto determina normas que visam à proteção da criança e do adolescente, tendo em vista o desenvolvimento integral. Nesse sentido, a proteção integral passa a ser responsabilidade da família, do Estado e da sociedade, os quais devem prover condições ao desenvolvimento de todas as crianças e adolescentes, sem qualquer tipo de distinção ou discriminação. Como ponto relevante, essa lei contribuiu para a construção da imagem de crianças e adolescentes como corpo social e, portanto, como cidadãos a serem protegidos (BRASIL, 1990).

O PROSAD (BRASIL, 1996c), ainda com suas bases programáticas vigentes, tem por premissa básica a organização de serviços de saúde com a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas de saúde, estabelecer a promoção da saúde, identificar os grupos de risco, detectar precocemente os agravos, realizar tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multissetorial e interdisciplinar. Este, também, visava planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação por parte destes de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde.

Outro programa relacionado aos direitos da população foi o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, que corrobora com instrumentos legais de proteção aos direitos desse grupo, garantindo pleno exercício do direito à saúde em âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2005a).

Em 2007, institui-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Esse documento reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado (BRASIL, 2005b).

Sob essa perspectiva, nesse mesmo ano de 2007 é lançado pelo Ministério da Saúde o documento Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes

e Jovens. Este documento agrega e discute limites legais, nacionais e internacionais sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como a garantia de direitos de adolescentes e jovens no país (BRASIL, 2007c).

Com isso, é possível observar a forte influência e conquistas dos movimentos feministas para com as políticas de saúde das adolescentes. Inicialmente, a mulher adulta adquire uma atenção específica visando o direito reprodutivo e sexual e, mais tarde, esta mesma política se expande, conseguindo, assim, contemplar as diversas fases da vida, como a adolescência.

Com o surgimento dessas políticas, tanto as voltadas para a saúde feminina como para os adolescentes, as ações de saúde são direcionadas a princípios como a integralidade e promoção da saúde, que significa, também, qualificar e humanizar a atenção em situações específicas, principalmente preventivas e de promoção da saúde, tais como: pré-natal, violência à mulher, atendimento nos serviços de atenção sexual e reprodutiva (GUARESCHI; MEDEIROS; NARDINI, 2007).

1.4 Promoção da Saúde

O Ministério da Saúde conceitua a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação no controle desse processo. Um processo contínuo de garantia de condições amplas de qualidade de vida, satisfação pessoal e fortalecimento para a vida social. Envolve um conjunto de direitos que são condições para o bem-estar físico, psicológico e social, e para o enfrentamento de desigualdades estruturais que impedem as plenas condições de desenvolvimento humano (BRASIL, 2006b).

Historicamente, ressaltamos que os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Este último, definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delineararam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primário não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2014).

Outros movimentos começaram a surgir a partir deste período utilizando a concepção da promoção da saúde, entretanto, podemos considerar como dois importantes marcos políticos sobre promoção de saúde, os “Informes Mc Lalonde” e a “Carta de Ottawa”.

No Informe de Mc Lalonde foram definidos os campos de saúde em grandes componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização do cuidado médico. Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e, como produto final, criou a Carta de Ottawa firmada por representantes de 38 países que se comprometeram como sendo as condições fundamentais de saúde: paz, moradia, educação, alimentação, salário, ecossistema favorável, utilização adequada dos recursos públicos, justiça social e igualdade de direitos dos cidadãos (BUSS, 2014).

O encontro consistiu em uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo, que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas de saúde, cujo entendimento não era mais possível por meio do enfoque preventivista tradicional – vinculação de uma determinada doença a um determinado agente ou a um grupo de agentes – mas que se relacionasse a questões como as condições e modos de vida (WESTPHAL, 2006).

A Carta de Ottawa reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais (CZERESNIA; FREITAS, 2003; WESTPHAL, 2006). Essa definição marca um entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, padrão adequado de alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias, estilo de vida responsável e cuidados adequados (BUSS, 2014).

Assim, a Carta de Ottawa define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação maior no controle deste processo a fim de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (CARTA DE OTTAWA, 2001).

Posteriormente, foram realizadas outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, as quais reafirmaram os preceitos estabelecidos na I Conferência e agregaram novas questões e estratégias de ação voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis. Desta forma, o significado do termo Promoção da Saúde muda ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado a

“responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado – políticas públicas saudáveis –, dos indivíduos –desenvolvimento de habilidades pessoais–, do sistema de saúde – reorientação do sistema de saúde– e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2014).

Analisando o histórico do conceito de Promoção da saúde e, principalmente, as cartas e declarações resultantes das conferências internacionais sobre o tema, nota-se a tendência à adoção de uma visão holística da saúde e ao entendimento da determinação social do processo saúde-doença e à compreensão da equidade social como objetivos a serem atingidos. Assim, a intersetorialidade, a participação social para o fortalecimento da ação comunitária e a sustentabilidade são consideradas como princípios ao se definirem estratégias de ação (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Nessa concepção, mais atual, a promoção da saúde se define como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades – municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação –, no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes do processo saúde-adoecimento e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica a identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersetorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, afora a reorientação dos serviços de saúde (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

No Brasil, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b), o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. O documento traz a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Nesse contexto, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde. Isto significa dizer como é importante os indivíduos, principalmente aqueles mais vulneráveis, perceberem os acontecimentos de sua realidade e intervirem de forma efetiva para sua vida (BACKES et al., 2009).

Além disso, envolvem escolhas relacionadas a valores e processos que não se expressam por conceitos precisos e mensuráveis. Nesse sentido, termos como *empowerment*

(empoderamento) e vulnerabilidade vêm sendo desenvolvidos, a fim de permitir abordagens transdisciplinares que envolvam outras áreas do conhecimento e muitos significados que se originam da consideração da diferença, da subjetividade e da singularidade (CZERESNIA, 1999 apud BACKES et al., 2009).

Visa também a provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (CANDEIAS, 1997).

Segundo Buss (2014), as concepções de promoção da saúde agrupam definições e propostas que trabalham com um conceito ampliado de saúde, o que pressupõem o envolvimento dos sujeitos na construção de melhores condições de vida, ou seja, elas se propõem atingir os determinantes da saúde, tais como: alimentação, saneamento básico, transporte, lazer.

Pode-se dizer que a saúde consiste justamente na possibilidade de cada sujeito ser protagonista de sua própria vida e criar novas normas para lidar com a variabilidade do meio. A promoção da saúde se dá por meio de uma tarefa coletiva, que está para além dos aspectos biológicos, e envolve a participação de cada um. Nas ações de promoção da saúde que valorizam as escolhas dos sujeitos como afirmações de autonomia, predominam espaços de troca de saberes e de análise do cotidiano que se tornam potentes à coprodução de outros modos, outras posturas, outras formas de se fazer saúde, bem como outro nível de produção de sujeito, que não apenas o de atender a ordens de especialistas e/ou de enquadrar-se nos modelos de ser saudável (IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

Campos e Souza (1999) veem a juventude como um grupo chave para qualquer processo de transformação social. Seu potencial crítico, criativo, inovador e participativo, quando adequadamente canalizado, pode ser a mola propulsora de mudanças positivas. A conexão que se faz entre promoção de saúde, participação social e protagonismo juvenil apoia-se no processo de educação e saúde para a cidadania.

A saúde sexual de adolescentes e jovens tem sido foco de inúmeros e profundos debates, questionamentos e controvérsias. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população representa o exercício legal da saúde e uma questão de direitos humanos. A saúde sexual ocupa um lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção de autonomia dos adolescentes. É necessário reconhecer, no entanto, que as condições de construção da autonomia estão mais ou menos colocadas conforme as relações e estruturas sociais em que adolescentes e jovens estão inseridos, marcadas por muitas formas de desigualdades (BRASIL, 2007c).

Os adolescentes são vulneráveis para aquisição de doenças DST, já que o início da atividade sexual vem ocorrendo precocemente, assim como as paridades, a multiplicidade de parceiros e o uso esporádico de preservativo.

Silva et al. (2005) apontam em sua pesquisa o despreparo dos adolescentes para uma vida sexual saudável e os riscos de adquirirem as DST. Tal fato reforça a necessidade e importância de programas e ações de cunho educativo à população adolescente, principalmente aqueles que residem em áreas de maior risco social e que parecem estar mais susceptíveis a comportamentos que favoreçam a disseminação de DST.

Para diminuir a incidência de gravidez na adolescência e DST, os serviços de saúde devem ser disponibilizados para orientar essa população com relação à prevenção. As ações da promoção da saúde visam despertar as adolescentes para o esclarecimento de suas dúvidas de forma clara e aberta, possibilitando a sua participação na decisão de seu futuro e autonomia em sua saúde sexual e fortalecimento da autoestima e da assertividade (BRASIL, 2005b).

Nessa perspectiva, o papel do serviço de saúde não se restringe a prestar atendimentos pontuais aos adolescentes, mas sim possibilitar um ambiente propício à promoção dos seus direitos sexuais, o que envolve a busca pelo bem-estar de adolescentes e jovens por meio do estímulo à educação, inclusive como condição para a saúde sexual; o envolvimento de jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades que a eles se destinam, com destaque para a educação e a saúde sexual (BRASIL, 2007c).

É importante destacar que essas adolescentes, uma vez com vida sexual iniciada, encontram-se mais suscetíveis às DST, e, junto à reduzida acessibilidade a serviços de saúde e à falta de insumos de prevenção e tratamentos específicos, ampliam a sua vulnerabilidade no espaço social.

Embora existam políticas de saúde voltadas a adolescentes, ainda há uma carência de serviços diferenciados que consigam minimizar as vulnerabilidades de adolescentes e contemplar suas reais necessidades nas mais diversas situações. Ainda hoje, não existem programas políticos específicos que contemplem a saúde sexual de adolescentes em situação de abrigo. Com isso, é possível observar fragilidades e despreparo estrutural e social das políticas públicas ao lidar com esse público em questão.

Nesse sentido, a promoção da saúde, além de garantir a acessibilidade de serviços de saúde sexual para estas adolescentes, torna-se uma estratégia importante para desenvolver ações de saúde sexual capazes de informar, empoderar e promover o autocuidado em relação à saúde sexual das adolescentes e situação de abrigo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Ao longo do processo histórico, a busca por explicações de fenômenos que interferem na saúde e bem-estar dos indivíduos, contribuiu para fortalecer e constituir a Enfermagem como ciência e arte na área da saúde com produção de um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Nesse sentido, é comum o surgimento de teorias que passam a explicar e responder questionamentos na área. As teorias de enfermagem se constituem num conjunto de conceitos e pressupostos que formam um sistema dedutivo logicamente inter-relacionado entre si, podendo ser aplicadas no campo da prática, do ensino e da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). São elaboradas para explicitarem a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde e, também, para servirem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros que se dedicam à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e à assistência no âmbito da profissão (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Optamos por utilizar, nesta pesquisa, a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender tendo em vista ser uma teoria da enfermagem e que utiliza um modelo específico para a promoção da saúde. Acredito que o Modelo de Promoção da Saúde de Pender é uma alternativa para a assistência à saúde, como uma estratégia para a realização de ações que visem a promoções da saúde sexual em adolescentes.

A adoção de modelos e teorias no campo da promoção da saúde centra-se no favorecimento da compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e no direcionamento das buscas por soluções que respondam às necessidades e aos interesses das pessoas envolvidas. Ademais, os modelos e as teorias podem contribuir na promoção de conhecimento, reflexão e decisão de ação e cuidado, possibilitando maior chance de êxito no alcance dos objetivos propostos para a promoção da saúde (FREUDENBERG et al., 1996; NAIDOO; WILLS, 1994).

A Teoria Modelo de Promoção da Saúde desenvolvida por Pender, em 1980, nos Estados Unidos, propunha integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem

para identificar os fatores que influenciam o comportamento saudável de indivíduos ou grupos a partir do contexto biopsicossocial (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Nola Pender é uma enfermeira graduada pela *Michigan State University, em East Lansing, Michigan*, no ano de 1962. Concluiu o Mestrado, em 1964, na mesma Universidade, e o Doutorado, em 1969, na *Northwestern University, Evanston, Illinois*. Atualmente segue sua carreira acadêmica como Professora Emérita da *Nursing School University of Michigan* (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Com sua teoria, Pender objetivava contribuir com as enfermeiras na identificação dos principais determinantes de comportamentos de saúde, entendendo que estes servem de base para o aconselhamento comportamental para promoção de estilos de vida saudáveis. Na construção do Modelo Teórico de Promoção da Saúde, a autora utilizou como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social - ou Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura - e o Modelo da Teoria da Ação Racional de *Fishbein* (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

A escolha pela Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender fundamenta-se por entendermos que esta possui relação direta com as diretrizes e conceitos discutidos nas políticas públicas de promoção da saúde. A proposta, de Nola Pender indica-nos a possibilidade de diagnóstico da condição de saúde do sujeito, os fatores influenciadores de sua promoção da saúde, a coparticipação num plano de ação, avaliando os benefícios e barreiras para o alcance da promoção da saúde.

Logo, baseia-se na participação dos sujeitos e na articulação intersetorial do poder público para a transformação coletiva dos problemas sociais que atingem a comunidade; consiste em uma forma de promoção que valoriza o envolvimento dos sujeitos na tomada de decisões acerca do processo saúde-doença e na luta por melhores condições de vida, o que leva ao conceito de autonomia.

2.2 Modelo de promoção da saúde de Nola Pender

A promoção da saúde é definida por Nola Pender como atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

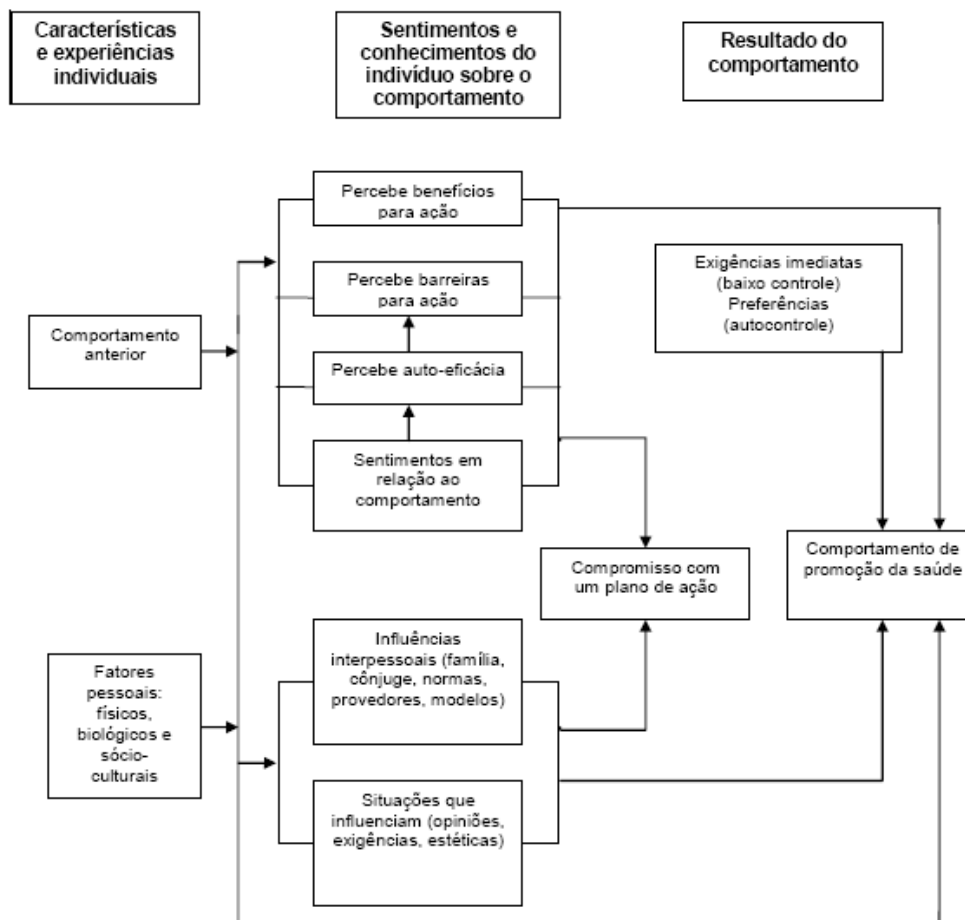
Essa teoria parte do pressuposto de que a saúde é um estado positivo, e, por isso, todas as pessoas almejam alcançá-la. Para ela, mais importante do que o conceito genérico é o modo

como cada um define a sua própria saúde. Por isso, o indivíduo é o centro desse modelo teórico e expressa os esquemas cognitivos, perceptivos e os fatores sociais de forma única e pessoal (MACHADO, 2009; SAKRAIDA, 2006).

Ao longo do tempo, o modelo da promoção de saúde de Nola Pender passou por adaptações até chegar à atual configuração, a qual fornece uma estrutura simples e clara, podendo ser aplicado pelo enfermeiro individualmente, ou reunindo as pessoas em grupo permitindo planejamento, intervenção e avaliação de suas ações (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

É possível observar na Figura a seguir, o diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender com seus três componentes chave: a) as características e experiências individuais; b) os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; c) o comportamento de promoção da saúde desejável - e seus subcomponentes (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Figura – Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011.

As características e experiências individuais incluem o comportamento anterior, o qual se refere aos comportamentos do passado, que podem condicionar o comportamento atual e os fatores pessoais, os quais são divididos em aspectos biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade), psicológicos (autoestima, automotivação, competência pessoal) e socioculturais (educação, cultura, nível socioeconômico).

Os sentimentos e conhecimentos do indivíduo sobre o comportamento compreendem os aspectos de maior importância motivacional e podem ser modificáveis mediante as ações de enfermagem. São formados pelas seguintes variáveis: percebe benefícios para a ação são as representações mentais positivas, que reforçam as consequências benéficas da adoção de um comportamento saudável; percebe barreiras para a ação abrange as percepções negativas, reais ou imaginárias, sobre um comportamento, representadas por dificuldades e/ou limitações da pessoa para adotar uma ação saudável; percebe autoeficácia é a avaliação pessoal acerca da capacidade de organizar e realizar determinado comportamento de promoção da saúde, sendo que, quanto maior a autoeficácia percebida, menores são as barreiras de ação para o comportamento de promoção da saúde desejado; sentimentos em relação ao comportamento é a reação emocional direta, positiva e negativa ao pensamento de promoção da saúde. O sentimento relacionado à atividade influi na autoeficácia percebida, ou seja, quanto mais positivo o sentimento, maior é também o de eficácia; influências interpessoais, relacionadas à interferência que outras pessoas ou sistemas de condutas, crenças e atitudes, criados pelas pessoas, podem causar no comportamento de alguém. Incluem as normas (expectativas das pessoas), o apoio social (instrumental e emocional) e a modelação (aprendizagem indireta mediante a observação dos demais comprometidos com uma conduta em particular). A família, o grupo de pares (companheiros) e os profissionais de saúde são fontes primárias de influências interpessoais; influências situacionais são percepções e conhecimentos pessoais sobre determinada situação ou contexto, que podem facilitar ou dificultar o comportamento de saúde, direta ou indiretamente. Incluem as percepções pessoais sobre as opções disponíveis, das características das demandas - nível de exigência do comportamento de saúde desejado - e traços estéticos do entorno em que se propõe o desenvolvimento de dado comportamento.

O resultado do comportamento é o sucesso da conduta que se inicia com o compromisso de atuar, a menos que exista uma demanda contraposta à ação que não possa evitar e/ou uma preferência, também contraposta, que o indivíduo não possa resistir. Abrange, portanto: o compromisso com o plano de ação, que são as ações planejadas que possibilitam o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado; as exigências e preferências de competição imediatas, que são aquelas condutas alternativas mediante as

quais os indivíduos têm um baixo controle porque existem contingentes do entorno, como o trabalho e as responsabilidades do cuidado da família. As preferências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem maior controle; e o comportamento de promoção da saúde, que é o resultado da implementação do Modelo Teórico de Promoção da Saúde.

Os principais pressupostos do Modelo Teórico de Promoção da Saúde, lançado na terceira edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice*, em 1996, realçam o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, refletindo a perspectiva das ciências comportamentais:

1. as pessoas procuram criar condições de vida que lhes permitam expressar seu potencial de saúde humana;
2. as pessoas têm consciência reflexiva e de valorização das próprias competências;
3. as pessoas valorizam o crescimento que entendem positivo e procuram um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade;
4. as pessoas procuram autorregular o seu comportamento;
5. as pessoas interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele;
6. os profissionais de saúde integram o ambiente interpessoal que influencia as pessoas ao longo do seu ciclo vital;
7. a reconfiguração dos padrões de interação pessoa-ambiente deve ser iniciada por ele mesmo e é essencial à mudança de comportamento. (SAKRAIDA, 2011, p. 402-403, tradução nossa).

Na sexta edição do referido livro, de 2010, é possível observar a ampliação deste modelo teórico a partir do desdobramento dos sete pressupostos acima, ampliando-se em quatorze princípios teóricos:

1. o comportamento anterior e as características herdadas ou adquiridas influenciam as crenças, os sentimentos e a promulgação das condutas de promoção da saúde;
2. as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios;
3. as barreiras percebidas podem obrigar a adquirir um compromisso com a ação, a mediação da conduta e a conduta real;
4. a competência percebida da eficácia de uma pessoa para executar certa conduta aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real da conduta;
5. a eficácia percebida pela pessoa tem como resultado menos barreira percebida para uma conduta de saúde específica;
6. o afeto positivo faz uma conduta chegar a uma eficácia, que pode, pouco a pouco, levar a um aumento do afeto positivo;
7. quando as emoções positivas do afeto se associam a uma conduta, a probabilidade de compromisso e de ação aumenta;
8. é mais provável que as pessoas se comprometam a adotar condutas de promoção de saúde quando os indivíduos importantes para eles/elas modelam sua conduta, esperam que se produza a conduta e oferecem ajuda e apoio para permiti-la;
9. as famílias, o cônjuge e os profissionais de saúde são fontes importantes de influência interpessoal que podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde;

10. as influências situacionais no entorno externo podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora de saúde;
11. quanto maior o compromisso de um plano específico de ação, mais provável é que se mantenham as condutas promotoras de saúde ao longo do tempo;
12. o compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe em uma conduta desejada quando as exigências contrapostas nas quais as pessoas têm menos controle requerem uma atenção imediata;
13. é menos provável que o compromisso de um plano de ação chegue a ser a conduta desejada quando umas ações são mais atrativas que outras e, para tanto, são preferidas na meta da conduta;
14. as pessoas podem modificar os conhecimentos, o afeto e o entorno interpessoal e físico para criar incentivos para as ações de saúde. (SAKRAIDA, 2011, p.403, tradução nossa).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O objeto do estudo apresenta um caráter subjetivo ao analisar comportamentos e sentimentos na promoção de saúde sexual das adolescentes institucionalizadas. Deste modo, optou-se pela pesquisa qualitativa, visando contemplar um universo de significados que serão referidos sob o ponto de vista das participantes,

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2007, p. 21), responde a questões muito particulares, com um nível da realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com “o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Esta pesquisa também é de natureza descritiva e exploratória. A pesquisa descritiva ajuda a compreender a realidade estudada, pois a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos do que se deseja investigar. E o estudo de caráter exploratório “destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011, p. 34).

3.2 Participantes e cenário do estudo

Os participantes da pesquisa foram oito adolescentes em situação de acolhimento. Neste sentido, os critérios de inclusão foram: ser adolescente, idade de 12 a 18 anos, sexo feminino, apresentar vida sexualmente ativa, vivenciar o processo de acolhimento em uma instituição de inserção social.

As adolescentes institucionalizadas são geralmente meninas provenientes das ruas por vivenciarem diversas formas de violência, seja física, estrutural, ou doméstica, dentre outras; tendo os seus direitos violados, ou porque foram afastadas judicialmente de seu representante legal no núcleo familiar por problemas sociais.

O cenário do estudo consiste numa instituição de acolhimento, vinculada à rede municipal da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro (SMAS/RJ), que acolhe adolescentes do sexo feminino: Centro de Acolhimento Ayrton Senna da SMAS/RJ – localizado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro.

Nesse cenário vêm sendo desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão pelos pesquisadores envolvidos no projeto - desdobramentos do projeto *Análise da estrutura de apoio à maternidade de adolescentes abrigadas*, financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e vinculados à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E, considerando, dentre outras, tais particularidades, escolhemos este cenário como campo de pesquisa para o estudo.

Os centros de acolhimento têm como função: prover as condições necessárias para possibilitar a reinserção familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes; favorecer o desenvolvimento da autoestima, o resgate dos laços afetivos familiares e sociais dos abrigados; assegurar o atendimento médico terapêutico especializado ao abrigado, dentre outras (ROLEMBERG et al., 2006).

A instituição possui equipe própria de educadores sociais, assistente social e psicólogo que desenvolvem seu trabalho, visando à conquista da autonomia e da inclusão social das pessoas acolhidas, para que elas não precisem mais da tutela do governo.

Os acolhimentos são compostos por profissionais que desempenham funções educativas, independentemente de sua especialização. Uma das responsabilidades básicas dos educadores, que trabalham com as adolescentes que já saíram das ruas, é manter ou resgatar os vínculos afetivos, de modo a proporcionar oportunidades que levem as adolescentes a aprender e pensar com a própria experiência, com vistas a resgatar a confiança em sua capacidade em enfrentar os desafios que certamente encontrarão durante o processo de reintegração.

Durante o transcurso do processo de acolhimento dos adolescentes, há um esforço da equipe técnica – profissionais com nível superior de escolaridade, quase todos, assistentes sociais – por identificar o percurso social do adolescente, organizar-lhes os documentos de identificação – muitos não têm certidão de nascimento, apenas a Declaração de Nascido Vivo, quando a possuem –, providenciar inserção escolar e, se possível, em curso e/ou estágio profissionalizante. O tratamento dos agravos à saúde física e mental também são providenciados como uma prioridade. Os educadores sociais – profissionais de nível médio de escolaridade – são os cuidadores diretos das adolescentes, acompanhando-as no

desenvolvimento de suas atividades diárias. Desta forma, a instituição assume a responsabilidade temporária pelas jovens, conferindo-lhes algum censo de cidadania.

Neste sentido, a instituição de acolhimento, juntamente com os seus educadores e adolescentes, assumem uma referência que traduz o significado de uma casa para este grupo de meninas, desenvolvendo suas relações como pessoas externas à família original.

Para determinar o número de participantes da pesquisa, utilizou-se o critério de reincidência das informações, ou seja, quando observamos que começou a ocorrer repetição dos conteúdos qualitativos das informações nos depoimentos, entendeu-se que o quantitativo de dados era suficiente. Além disso, pode-se inferir que nas pesquisas qualitativas o número de sujeitos não deve ser a principal preocupação dos pesquisadores, e sim a qualidade das informações fornecidas por eles (MINAYO, 2007).

Neste sentido, assevera-se que os participantes da pesquisa puderam, em todo o período da coleta de dados, esclarecer qualquer dúvida sobre o fenômeno investigado no sentido de ter condições cognitivas e afetivas para fornecerem as informações (MINAYO, 2007).

3.3 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto intitulado *Saúde reprodutiva e sexual das adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial* realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro em colaboração com Rede de Acolhimento da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro (SMAS/RJ) e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) (ANEXO e APÊNDICE A).

Para a obtenção dos relatos, a pesquisadora se aproximou das adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão, apresentando a temática da pesquisa, bem como seus objetivos, respeitando os preceitos éticos e bioéticos segundo a Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (2012), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Após o conhecimento da pesquisa, as participantes que desejassem participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE B). Em se tratando de menores de idade, também foi solicitada a assinatura de um adulto, neste caso, o profissional do abrigo responsável pela adolescente no o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esclarecemos também às participantes que o sigilo e anonimato das mesmas seriam respeitados e garantidos, sendo explicitados seus direitos mediante a assinatura do TCLE, o qual contém as explicações dos objetivos do estudo, do instrumento de coleta de dados, da forma de divulgação dos dados, da garantia do anonimato, além de informações pertinentes que asseguram a ética em pesquisa com seres humanos.

3.4 Produção dos dados

A técnica escolhida para a realização da coleta de dados foi a entrevista semiestruturada focada, na qual o pesquisador utiliza um roteiro de perguntas para nortear os relatos dos sujeitos (APÊNDICE B). Salienta-se que as falas dos sujeitos foram gravadas em dispositivo digital de Multimídia Player Quatro (MP4), e posteriormente transcritas, sendo armazenadas em CD, que serão destruídos após cinco anos de armazenamento.

Para a realização da entrevista, buscou-se um local adequado, na própria unidade, para a participante sentir-se à vontade no momento da realização de seu depoimento.

Uma via do referido Termo, que continha os contatos do responsável pela pesquisa, ficou em poder da adolescente e foi assinada pela mesma, a outra via ficou em poder do pesquisador. Em nenhum momento foi revelada a identidade das participantes, sendo então utilizados códigos de identificação das participantes iniciados pela letra “E”, da palavra entrevista, acompanhado por um número cardinal (1,2,3...), o qual significará a ordem cronológica de início das entrevistas.

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2014, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo número de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) é 279A/2013, buscando um tempo médio para posterior análise desses dados.

3.5 O instrumento de coleta de dados

A produção dos dados se efetuou pela utilização da técnica de entrevista estruturada individual, abordando questões acerca da saúde sexual, por meio de gravação em dispositivo eletrônico de áudio, conforme o TCLE (APÊNDICE B).

A entrevista individual é definida como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, tendo propósitos bem definidos (MINAYO, 2010).

Minayo (2007, p. 57) salienta que a entrevista é

[...] o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Gil (2008) destaca que a entrevista é um momento de intensa interação social no qual o clima de cordialidade e respeito é imprescindível.

É de fundamental importância que desde o primeiro momento se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia. O entrevistado deve sentir-se absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Desta forma, torna-se possível estabelecer o rapport (quebra de gelo) entre entrevistador e entrevistado (GIL, 2008, p. 124).

Dentre as modalidades de entrevista, utilizamos a entrevista estruturada, que é aquela que apresenta perguntas abertas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada ou por pautas apresenta certo grau de estruturação, uma vez que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador se guia ao longo da entrevista (GIL, 2008). O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005).

O roteiro de entrevista foi composto por dois espaços. Uma parte destinada aos dados pessoais de caracterização sociocultural e de saúde sexual e reprodutiva das participantes como idade, escolaridade, atividade laboral, sexarca e paridade. A segunda parte apresentou questões referentes ao objeto de estudo (APÊNDICE C).

Antes da coleta de dados, realizou-se um teste piloto do referido roteiro, objetivando testá-lo antes de sua utilização definitiva e confirmar o sucesso do instrumento. Não houve a

necessidade de modificação do instrumento de coleta de dados, possibilitando, em sequência, a coleta dos dados definitivos.

Os dados produzidos ficam sob a responsabilidade do grupo de pesquisa, coordenado pela professora orientadora e pela mestranda, vinculada à Faculdade de Enfermagem da UERJ, sendo somente publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se os princípios éticos conforme a Resolução n.º 466 de 2012, que dispõe sobre a regularização ética das Pesquisas Científicas com Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

3.6 Análise dos dados

Os dados produzidos nas entrevistas foram previamente analisados, adotando a análise de conteúdo como base para o tratamento e interpretação dos dados. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações (BARDIN, 2011).

Segundo Oliveira (2008), a técnica de análise de conteúdo pode ser compreendida como um processo pelo qual o material empírico é cuidadosamente transformado, de forma sistemática, e codificado em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados. Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, optou-se em utilizar a análise temática de conteúdo, pois se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo (BARDIN, 2011). Para Minayo (2006), é a técnica que melhor se aplica a pesquisa qualitativa em saúde. Esta autora considera que a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 209). Logo, essa técnica tem como função “a verificação de hipóteses e/ou questões [...] e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 2007, p.74).

Neste sentido, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou repetição seja relevante ao objetivo do estudo. A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de

comportamento presentes no discurso. O tema é uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2010).

Operacionalmente, essa técnica é sintetizada em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Consiste na escolha dos documentos (*corpus*) a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (BARDIN, 2011).

Os dados, portanto, foram analisados numa discussão contextual da realidade, procurando o significado real da fala dos atores sociais e a sua relação com o seu conteúdo histórico, social, subjetivo e qualitativo em sua totalidade. Este processo foi dividido em três etapas, conforme proposto por Bardin (2011):

- a) Ordenação dos dados: transcrição das gravações na íntegra, releitura do material e organização dos depoimentos;
- b) Classificação dos dados: reconhecimento e identificação das unidades temáticas, considerando o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, proposto neste estudo;
- c) Análise final: articulação dos dados com os conceitos discutidos no estudo, seguindo os objetivos propostos e os pressupostos de Nola Pender.

Para iniciar a primeira etapa, foi necessária a preparação do material que seria utilizado no chamado *corpus*. Este é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Para que ocorra sua constituição, exige-se a formulação de regras, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. De posse do *corpus*, foi realizada a leitura flutuante por várias vezes que, no conjunto das comunicações, esta consiste em ter contato exaustivo com o material, ou seja, foi realizada a leitura atenta do texto para familiarizar-se com o conteúdo dos mesmos (OLIVEIRA, 2008).

Nesta perspectiva, informa-se que, para executar esta fase explicitada acima, as entrevistas realizadas com as adolescentes acolhidas foram gravadas e ouvidas atentamente, transcritas e, posteriormente, digitadas na íntegra dentro do Microsoft Word versão 2007[®], fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5, sendo compactadas e impressas em páginas, para posterior análise dos discursos.

Após esse procedimento, realizou-se a fase de exploração deste material, que se refere à operações de codificação, a qual se realiza na transformação dos dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

Na referida etapa, foram criadas codificações do material, ou seja, foram selecionados e marcados por colchetes os trechos que eram importantes e condizentes com os objetivos propostos e que tinham significações com o contexto da pesquisa. Esses recortes de textos selecionados formaram as Unidades de Registro (UR), que são definidas por Bardin (2011) como palavra ou frase de texto, minuto de gravação, trecho de material analisado, a partir do qual se faz uma segmentação do conjunto do texto para facilitar a análise.

Ainda na segunda etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. São submetidos a operações estatísticas simples ou mais complexas que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011; OLIVEIRA, 2008).

Na última etapa, a apresentação das categorias foram construídas com base nos dois componentes chave do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender a partir dos discursos das adolescentes, buscando o delineamento/ mapear do contexto de promoção da saúde sexual das adolescentes acolhidas.

Logo, a primeira categoria de nosso estudo, correspondente ao primeiro componente do Modelo da Teoria de Nola Pender - Características e experiências individuais -, e foi denominada 'Contexto da saúde sexual de adolescentes acolhidas: características e experiências'. O segundo componente do Modelo da Teoria - Sentimentos e conhecimentos do indivíduo sobre o comportamento -, correspondendo à segunda categoria desse estudo, foi designada como 'Sentimentos e conhecimentos das adolescentes acolhidas sobre a promoção da saúde sexual'.

Por meio das entrevistas das participantes, emergiram um total de 681 Unidades de Registro (UR), além da caracterização dos fatores socioculturais e de saúde sexual e reprodutiva das adolescentes (APÊNDICE D).

A primeira categoria foi intitulada "Contexto da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas - características e experiências", e distribuída nas seguintes subcategorias: a) Fatores pessoais - fatores socioculturais; fatores relativos a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes; b) Comportamento acerca da promoção da saúde sexual: Características das

prática sexuais - a dualidade das práticas sexuais; uso ou não uso de métodos anticoncepcionais.

A segunda categoria - “Sentimentos e conhecimentos das adolescentes acolhidas sobre a promoção da saúde sexual” - foi caracterizada em quatro subcategorias: a) Características e sentimentos das relações afetivas com o parceiro e da saúde sexual de adolescentes acolhidas - relações afetivas com o parceiro; sentimentos relacionados à saúde sexual; b) Aquisições de recursos sobre promoção da saúde sexual - acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, parceiros, família e experiência de vida antes do acolhimento; acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, amigos, família, profissionais do abrigo durante o acolhimento; c) Mecanismos pessoais de enfrentamento da violência sexual - comportamentos relacionados à violência sexual; reações comportamentais negativas relacionadas à violência sexual; resiliência - reações comportamentais positivas relacionadas a violência sexual; d) Sugestões para melhorias em saúde nas instituições de acolhimento - sugestões em melhorias na saúde e na saúde sexual dos adolescentes do acolhimento; e sugestões na estrutura e relacionamento interpessoal do acolhimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos e discutiremos as categorias que emergiram dos discursos das participantes com base nos componentes chave da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender sobre a Promoção da Saúde.

4.1 Categoria 1: Contexto da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: características e experiências

Visando contemplar o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender e a visualização da análise dos dados, esta categoria foi dividida em duas subcategorias.

4.1.1 Fatores pessoais

A primeira subcategoria trata-se da configuração dos fatores socioculturais e da saúde sexual das adolescentes. Esses dados contribuem na compreensão dos meandros que envolvem o foco deste estudo, trazendo resultados e reflexões mais ricas sobre a promoção da saúde sexual destas adolescentes.

Neste sentido, estes dados foram expostos na forma de tabelas para melhor identificação dos dados e análise dos mesmos. Em um primeiro momento, discutiram-se os fatores socioculturais das adolescentes institucionalizadas, conforme Tabela 1. Em sequência, na segunda parte da caracterização das adolescentes, analisaram-se os fatores relativos à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes acolhidas.

4.1.1.1 Fatores socioculturais

Tabela 1 – Dados socioculturais das adolescentes institucionalizadas - Rio de janeiro, março a maio de 2014

	N=8
Idade	
12 a 13 anos	2
14 a 15 anos	2
16 a 17 anos	3
18 anos	1
Escolaridade	
1ª a 5ª ano Ensino Fundamental	1
6ª a 9ª ano Ensino Fundamental	5
1º ano Ensino Médio	1
2º ano ensino Médio	1
Vivência na rua	
Sim	4
Não	4
Tempo médio de vida da adolescente em abrigos	
até 1 ano	3
Até 5 anos	2
Acima de 5 anos	3
Motivo da vinda para as ruas e/ou abrigo	
Fuga de casa	2
Briga com parceiro	1
Sem moradia	1
Morte de pai/mãe	3
Refúgio	1
Violência Doméstica	3
Violência Sexual	1
Denúncia	2
Exploração Infantil	1
Dependência química de responsável	1
Vivência prévia de abrigo	
Sim	5
Não	3
atividade/ocupação no abrigo	
Escola	3
Curso de capacitação	3
Licença maternidade	2
Estágio	1
Sem ocupação	2

Em relação ao perfil etário, das oito adolescentes institucionalizadas investigadas, constatamos que três adolescentes encontram-se na faixa etária dos 16 a 17 anos e apenas uma com 18 anos, conforme Tabela 1.

A maioria investigada possui escolaridade máxima de até o ensino fundamental, representada por cinco participantes. Duas adolescentes correspondem à escolaridade com ensino médio incompleto.

É possível perceber certa disparidade na relação entre a escolaridade e a idade. Ainda que metade de sua faixa etária seja em torno de 16 a 18 anos, cinco participantes apresentam um nível de escolaridade abaixo do esperado conforme a sua idade, o que expressa o atraso escolar destas adolescentes devido, principalmente, às condições sociais desfavoráveis.

Segundo a Lei 9.394/1996 (BRASIL, 1996b) – legislação que organiza a oferta de ensino no país –, a criança deve ingressar aos seis anos no 1.º ano do ensino fundamental e concluir a etapa aos 14. Na faixa etária dos 15 aos 17 anos, o jovem deve estar matriculado no ensino médio. O valor da distorção é calculado em anos e representa a defasagem entre a idade do aluno e a idade recomendada para a série que ele está cursando. O aluno é considerado em situação de distorção ou defasagem idade-série quando a diferença entre a idade do aluno e a idade prevista para a série é de dois anos ou mais. Em geral, os determinantes da defasagem idade-série são: entrada tardia na escola, evasão ou repetência escolar.

O grau de escolaridade é um elemento fundamental a ser considerado, tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Compreendem-se determinantes sociais da saúde como as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (FONSECA, 2007).

Nesse sentido, diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade. Assim, o baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos coletivos de saúde (FONSECA, 2007).

No caso dessas adolescentes acolhidas, as disparidades sociais como nível de escolaridade, núcleo familiar inexistente ou fragilizado, histórias de violência e questões econômicas, influenciam e reforçam os indicativos de *deficit* de cuidado e condições de saúde

deste grupo. A saúde sexual automaticamente se projeta prejudicada e com suas vulnerabilidades aumentadas. Entende-se que essa realidade vivida pela jovem contribui para uma promoção de saúde enfraquecida devido aos diversos fatores desfavoráveis influentes no seu cotidiano, e à sua concepção do que venha a ser um autocuidado adequado para elas.

Antes de discutir a vivência em ambientes como as ruas e as instituições de acolhimento, é importante compreender que a vivência nas ruas, espaços destituídos de condições de saúde adequada, acaba por expor o indivíduo à própria sorte e à constante tentativa de sobrevivência. A instituição de acolhimento, por sua vez, é um espaço social e de reinserção do indivíduo na sociedade, que tenta suprir as principais demandas, como alimentação e higiene, e minimizar as maiores fragilidades, para posteriormente buscar elementos que consigam reintroduzir essa pessoa nas dinâmicas sociais – família, escola e espaços públicos. Contudo, é necessário pensar no tempo de adaptação do indivíduo nesse novo ambiente e nas estratégias e potencialidades educativas das unidades de acolhimento. Nesta perspectiva, entendemos que as instituições de acolhimento retratam fortes indicativos de saúde de um determinado grupo e seus reais comportamentos diante das adversidades.

Em pesquisa realizada sobre o Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento (ASSIS, FARIAS, 2013), cerca de 20% de crianças e adolescentes também já tiveram história de trajetória de rua. Esses dados caracterizam uma realidade comum a muitos jovens institucionalizados e que refletem história de vida com condições sociais e de saúde precarizadas.

Quanto à vivência prévia de ruas e instituições de acolhimento, o quantitativo das adolescentes investigadas com histórico de moradia nas ruas apresentou-se equiparado àquelas que nunca viveram nas ruas, totalizando quatro participantes em ambas situações. Os principais motivos elencados para vivência nas ruas foram a fuga de casa, briga com o parceiro e sem local de moradia.

O tempo médio de vida das adolescentes em acolhimento mostrou-se assim distribuído: três participantes com até um ano de vivência em acolhimento, duas adolescentes com até cinco anos contra três com mais de cinco anos de acolhimento. A maioria foi para o abrigo ainda na infância, totalizando cinco participantes.

Sabe-se que o sucesso na retomada da vivência familiar está ligado diretamente ao enfrentamento ou adequado acompanhamento das causas que levaram ao acolhimento. Com isso, essa dinâmica de reinstitucionalização é recorrente, uma vez que muitos dos problemas dentro do núcleo familiar persistem, havendo, com isso, a necessidade de mais tempo para a resolução dos problemas familiares que sua consequente reestruturação.

Esse dado é importante ao refletirmos o tempo de influência do acolhimento na vida das adolescentes. Mesmo distantes do núcleo familiar, grande parte das adolescentes estiveram imersas em várias redes de apoio social – escolas, serviços de saúde, ações educativas extensionistas de unidades universitárias da área da saúde –, promotoras de saúde e inserção social do acolhimento. Dessa maneira, há de se pensar que, durante todo o tempo, as adolescentes e profissionais do acolhimento trocaram conhecimentos e valores no que tange à expressão da sua sexualidade e ao cuidado da própria saúde, construindo concepções culturais e morais acerca do comportamento sexual na sociedade.

Em relação à procura e ou encaminhamento para a instituição de acolhimento, os principais motivos descritos pelas participantes foram a morte de seus responsáveis legais (mãe e pai), violência doméstica e sexual, denúncia, exploração infantil, dependência química de responsável legal e refúgio.

Esses dados corroboram com os resultados apresentados na pesquisa sobre o acolhimento de crianças e adolescentes, nos quais as principais causas para o acolhimento institucionalizado foram a dependência química de pais e responsáveis (81%), violência doméstica (57%), abuso sexual praticado por pais (44%), orfandade (25%), submetido a exploração no trabalho (17%) (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).

A violência doméstica perdura na maior parte dos casos e caracteriza-se como um dos principais motivos para a ida dos adolescentes ao abrigo. A violência doméstica é definida por Azevedo e Guerra (2005) como toda ação ou omissão cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família ou pessoa que assume função parental, com relação de poder sobre a pessoa em situação de violência. Pode manifestar-se por maus tratos, que vão desde negligência até formas mais intensas de abuso físico e exploração sexual.

Não se deve compreender a violência doméstica somente como uma questão decorrente de conflitos interpessoais entre pais e filhos. Suas origens estão associadas inclusive ao contexto histórico, social, cultural e político no qual estão envolvidos. Assim, a violência caracteriza-se não apenas pelo ponto de vista do indivíduo, mas também pelas condições socioeconômicas e geográficas em que as crianças e os adolescentes estão envolvidos (VIEIRA et al. 2009).

Os aspectos desencadeadores da violência doméstica são atribuídos, em sua maioria, à desestruturação familiar, precárias condições socioeconômicas, instabilidade conjugal, doença mental, alcoolismo e ausência de políticas públicas e sociais condizentes com as necessidades e os valores culturais (VIEIRA et al., 2009).

Ainda que a violência familiar revele-se presente na vida dessas adolescentes, sabe-se que a família aparece como a maior e mais importante das influências que atuam sobre crianças e adolescentes durante seu desenvolvimento. É por meio da família que o indivíduo se sente protegido, recebe repreensão e também vários conhecimentos. Assim, ao longo da vida, o ser humano necessita dessa instituição, que lhe proporcionará uma formação moral, cultural e repleta de valores.

A família pode ser considerada uma instituição sagrada e legítima, e, como toda instituição social, apresenta características enquanto núcleo afetivo, de apoio e solidariedade, apresentando também, a imposição normativa por meio de leis, usos e costumes, que podem implicar em formas e finalidades rígidas de educação e relacionamento (FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008).

Dentre as participantes, sete adolescentes indicaram possuir família. Em relação ao núcleo familiar, o perfil traçado foi de apenas um dos responsáveis legal vivo (seis participantes), sendo três adolescentes com apenas a mãe viva e três com apenas o pai vivo. O número de irmãos por família constitui-se com o mínimo de três a cinco irmãos (quatro participantes), de seis a oito irmãos (duas participantes) e de nove irmãos (duas participantes). Todas disseram possuir pelo menos um parente como referência e cinco delas disseram conviver com padrasto.

Segundo a Política Nacional de Assistência Social, uma família é definida como um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade (BRASIL, 2005c). No contexto atual, observa-se que outra estrutura familiar vem se delineando consideravelmente: trata-se da família monoparental, ou seja, de pais únicos. Esta é uma variação da estrutura nuclear tradicional devido a mudanças sociais, como o divórcio, óbito, abandono de lar, ilegitimidade ou adoção de crianças por uma só pessoa. Podemos citar também a família ampliada ou extensa – também dita consanguínea –, que é uma estrutura mais ampla, que consiste na família nuclear, mais os parentes diretos ou colaterais, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos para avós, pais e netos.

Deste modo, a família é considerada como um sistema social uno, composto por um grupo de indivíduos, cada um com seu papel atribuído que, embora sejam diferenciados, consubstanciam o funcionamento do sistema como um todo. Nas estruturas familiares, todo indivíduo que compõe a família apresenta um papel de suma importância na formação das crianças e adolescentes. Por isso, há de se verificar que a família é muito mais que uma instituição que origina biologicamente um ser; ela é, especialmente, uma teia cheia de características culturais e sociais.

Apesar das adolescentes institucionalizadas possuírem família com irmãos e parentes, muitas vezes, essa rede familiar fragilizada pode tornar-se elemento de coação social, geradora de conflitos e ambiguidades. Inúmeras crianças e adolescentes permanecem convivendo com a negação de seus direitos e valores universais, ou seja, a liberdade, a igualdade e a vida, característica de sociedades como a nossa, onde a desigualdade social é profundamente marcada pela dominação de uma pela outra e pela violência que ocorre nas relações interpessoais entre o adulto e a criança (FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), se os direitos da criança e do adolescente forem ameaçados ou violados por meio de qualquer forma de violência, pode-se adotar, como medida de proteção à vítima, o abrigo em uma entidade. Dessa forma, durante o tempo de permanência no abrigo, as crianças/adolescentes precisam receber toda a assistência necessária, como alimentação adequada, educação, assistência à saúde, carinho, compreensão e liberdade, no sentido de oferecer-lhes tudo o que foi negado ou negligenciado no ambiente familiar.

Em relação às atividades ou ocupação no acolhimento, três adolescentes referiram frequentar as escolas regularmente, três realizavam cursos de capacitação e uma estava inserida em estágio remunerado do governo para jovens menores de idades. Duas se encontravam em licença maternidade e duas estavam sem ocupação até o momento da coleta dos dados. A não ocupação se justificou pelo período institucional desregulamentação dos documentos das jovens para posterior reinserção social da mesma, como matrícula na escola, realização de cursos, entre outras atividades.

Por meio dos dados é possível perceber a preocupação da instituição de acolhimento, campo do presente estudo, na realização de atividades de ocupação para essas jovens. Este acolhimento procura assegurar e promover, por meio da educação e profissionalização, a reinserção social das adolescentes garantindo melhores condições de vidas futuras.

Estou na escola [...] Às vezes quando eu vou pro curso, toda sexta-feira eu vou pro curso, eu sempre vou lá na cidade. (E1)

Estudo e estágio. (E6)

4.1.1.2 Fatores relativos à Saúde Sexual e Reprodutiva das Adolescentes Acolhidas

Após a caracterização sociocultural das adolescentes entrevistadas, acredita-se ser conveniente a caracterização geral da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes acolhidas (Tabela 2) para posterior análise de seus comportamentos sexuais e sentimentos em relação a promoção da saúde sexual.

Tabela 2 – Perfil da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes institucionalizadas - Rio de Janeiro, março a maio de 2014

	(N=8)
Sexarca	
11 anos	1
12 a 14 anos	5
15 a 17 anos	2
Gestação	
0	3
1	3
2	2
Aborto	
Sim	1
Não	7
Idade da 1ª vez gravidez	
12 anos	1
13 anos	1
14 anos	1
15 anos	2
Nº filhos	
0	5
1	2
2	1
História de problemas ginecológicos	
Sim	6
Não	2
Prostituição	
Sim	1
Não	7

A faixa etária de sexarca de 12 a 14 anos foi a mais apontada, totalizando cinco participantes, seguida de 15 a 17 anos, com duas participantes, e 11 anos, com uma participante.

Em relação à saúde reprodutiva, o perfil traçado evidenciou três participantes sem histórico de gestação, três com histórico de uma gestação e duas com histórico de duas gestações. Das cinco adolescentes com história de gravidez, duas estavam gestantes e três já possuíam paridade.

A idade prevalente da 1ª gestação foi de 15 anos (duas participantes) e nas demais idades, 12, 13 e 14 anos, foi de uma adolescente, em cada idade, totalizando três participantes. Em relação a quantidade de filhos, uma delas já possuía dois filhos e duas, um filho apenas. Não houve histórico de natimorto ou morte infantil.

Verifica-se que os resultados referentes à sexarca coincidem com o realizado por outras pesquisas com adolescentes, como na pesquisa de Patias e Dias (2014), na qual a idade média de sexarca é de 14,66 anos no grupo de gestantes e de 14,54, no grupo de não gestantes. Outras pesquisas também apresentaram resultados semelhantes, como o de Hugo et al. (2011), cuja a média também mostrou-se próximo dos 14 anos.

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas e podem variar de país para país. Na complexidade de fatores para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos. Apesar de o fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

É possível observar que esses fatores partilham do mesmo perfil sociodemográfico da população deste estudo, na qual a pobreza e a baixa escolaridade reforçam a dinâmica estrutural dessas adolescentes com condições sociais mais desfavorecidas. Como consequência, há a formação de um ciclo contínuo no qual se retroalimenta com mudanças nos eixos biológicos e comportamentais do ser humano no século atual. As menarcas e sexarcas surgem com idades cada vez mais prematuras, e concomitantemente comportamentos sexuais de riscos, potencializando as decorrentes gravidezes indesejadas e infecções por DST.

Além da diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual, existem outras causas que levam à gravidez nos anos iniciais da vida reprodutiva, como acesso a serviços – dificuldade de obter algum método contraceptivo –, comportamento das adolescentes – acaso; ingenuidade; submissão; forte desejo pela maternidade, expectativas de mudança de status social e de obtenção de autonomia; desejo de estabelecer

uma união estável; crença, dificuldade em negociar o uso do preservativo –; violência; e outros fatores de natureza objetiva ou subjetiva (REDE FEMINISTA, 2004).

Apenas uma adolescente apontou história de aborto induzido. O motivo apontado pela jovem foi a necessidade de permanecer com a família, persistindo a dependência relativamente aos seus pais, nomeadamente econômico. Em seu discurso, a jovem compreende que suas condições financeiras não eram suficientes para seu autossustento e considerava que a difícil condição econômica da família já impossibilitava o sustento adequado de uma pessoa, e com um bebê, ficaria mais complicado tal situação. A adolescente comenta ainda ter recebido influência materna para a prática do aborto, na tentativa de uma resolução imediatista para seus problemas.

Eu não tinha onde comer, não tinha onde dormir, quando eu saí da casa dele [parceiro], não tinha onde dormir, às vezes tinha dia que eu passava o dia todo com fome, tinha dia que eu comia. Aí tipo minha mãe botou uma ideia na minha cabeça, “vai ter que tirar esse filho. Porque sua avó não quer você lá com a criança, lá em casa você não pode ficar, nem com criança e nem sem criança, já passa fome pro filho, já não têm onde dormir com a barriga, imagina aí você sofrer com esse filho depois? E olha que ano passado e esse ano, era para eu tá com um filho de três meses, aí eu falei não, eu tive que tirar esse filho, por causa que pra eu poder ficar com meus parentes tive que tirar esse filho. (E2)

Para a adolescente grávida, quando não encontra apoio familiar e ou social, é comum novos fatores de risco emergirem, sejam dificuldades biológicas exacerbadas pela gravidez, até as implicações sociais, econômicas e afetivas da maternidade durante a adolescência. O enfrentamento dessa transição dependerá da forma como as adolescentes irão experienciar esse momento e do impacto que terá nos contextos que estão inseridas. As características individuais da adolescente, somadas as mudanças provocadas pela gravidez, as mudanças contextuais e os processos proximais disfuncionais, podem produzir um efeito disfuncional representado pela ocorrência do aborto. De qualquer forma, para ela, o aborto provocado aparece como solução imediata para os problemas causados pela gravidez indesejada (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

No que diz respeito à saúde sexual, uma das participantes referiu prostituição prévia ao abrigo. Em sua fala, o motivo de se prostituir foi a necessidade econômica para conseguir sobreviver nas ruas. Ao mesmo tempo, a prática da prostituição, juntamente com o uso das drogas, surge como um alicerce para fuga da sua realidade, repleta de carências sociais e afetivas.

Que a droga, até o fato de eu tá fora dessa vida, tipo fazia isso pra sair da realidade, entendeu. Porque eu tipo eu vivia uma realidade que não era minha, não queria tá naquela realidade. [...] Na realidade assim, porque tipo, de tá me prostituindo, pra mim conseguir o que comer, de tá dormindo numa casa abandonada, de não ter uma mãe, de não ter uma mãe, porque isso já faz muita falta imagina não ter um pai, de não ter uma mãe. (E2)

O binômio droga e prostituição apresenta-se como a nova perspectiva, ou seja, como um enunciado que caracteriza as relações nesse novo ambiente. O uso de drogas e a comercialização do próprio corpo estão estreitamente ligados, na medida em que este primeiro possibilita a entrega do corpo como mercadoria, mascarando a culpa interna da adolescente quanto ao que está entregando ao pagador. No entanto, para que possa desfrutar desse mecanismo que vela sua verdadeira realidade, necessita do pagamento que esse ato de comércio envolve, engendrando-se, assim, um ciclo que se retroalimenta.

O uso de drogas está associado à fragilidade do adolescente em responder criticamente às situações impostas pela vida. É um risco que a adolescente corre em se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento, o cumprimento dos papéis sociais esperados, a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida, o adulto jovem (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Uma vez vivendo na rua e em condições de pobreza, o envolvimento com pessoas que se prostituem e consomem drogas é uma possibilidade muito frequente. Assim, essa tentativa de organização e construção de uma forma peculiar de vida na rua pode se tornar definitiva, tornando-as mais vulneráveis às questões de saúde, principalmente às DST/Aids.

A gravidez não planejada e a prostituição revelam invariavelmente a exposição a, pelo menos, uma situação de risco, o sexo sem preservativo ou proteção. A vivência das primeiras relações sexuais aparece descolada das demais situações da vida da adolescente, que direciona suas ações para o prazer e a realização de seus desejos. O despertar do sexo vem atrelado ao desejo, ao impulso e à vontade de ter experiências sexuais. Por isso, muitas adolescentes não pensam sobre as repercussões das relações sexuais desprotegidas, mas, sim, no ato e na sensação; às vezes, a ansiedade de viver tal experiência é incontrolável (RESTA et al., 2014)

Relações sexuais desprotegidas podem gerar tanto DST, como a ocorrência de uma gestação indesejada. Essa vulnerabilidade à gestação e às DST decorre de inúmeros fatores, tanto individuais (motivacionais), como contextuais (sociais e culturais), que estão relacionados à sexualidade. Entre esses fatores, podem ser destacados: as características da própria adolescência, como a impulsividade e o pensamento egocêntrico; a idade da primeira

relação sexual (sexarca), a falta de informação sobre contraceptivos; o uso infrequente ou inadequado de métodos contraceptivos, estar ou não frequentando a escola; o número de parceiros sexuais; além disso, motivações pessoais como a crença de que métodos contraceptivos podem engordar, diminuir o prazer ou até mesmo mostrar que a menina que utiliza o contraceptivo estaria "preparada" para ter relações sexuais aliam-se a crenças e concepções tradicionais de gênero, que podem interferir na adoção ou não de métodos contraceptivos (PATIAS; DIAS, 2014).

Constatamos que seis adolescentes institucionalizadas referiram histórico de problemas ginecológicos e duas negaram tal circunstância. Todas as seis adolescentes procuraram tratamento ginecológico e apenas uma apresentou abandono de tratamento. O motivo do problema de adesão ao tratamento foi a dificuldade da adolescente em realizar a aplicação do medicamento (pomada via vaginal) diariamente e em horário específico, no caso à noite, e, ainda, problemas de esquecimento.

A única coisa que tenho é corrimento. Eu uso pomada. E só. (E1)

Acho que já, quando eu era da casa lar. Lá eu fazia... como se fala... ginecologista... aí eu tomei um remedinho assim... como era virgem não podia usar a pomada... aí eu tomei um remedinho. Depois parou, não veio mais. (E2)

É ... é... Mas aí sarou. Um negocinho que queima assim. aí eu fui lá... aí teve, eu só não sabia o que era. Aí fui no médico, aí foi começou a tratar, falou que eu não podia fazer sexo, porque eu tava no tratamento, passando a pomada, aí depois sarou. (E6)

Eu fui no posto, aí eles foram e me passaram aquela pomada. Mas a pomada eu só passava dia, não passava de noite, aí quando eu ia no banheiro, eu perguntava: - mãe porque a pomada some, aí ela me disse você tem que passar noite na hora de dormir. Eu esquecia, porque eu batia e dormia, porque quando eu durmo igual uma pedra, só Jesus na causa, aí nem esquecia de passar de noite. Aí de manhã quando lembrava não adiantava mais. (E5)

Acredita-se que as adolescentes procuraram os serviços de saúde após o surgimento de sinais e sintomas dos problemas ginecológicos. No entanto, é importante destacar que o hábito de se procurar um serviço de saúde apenas após o surgimento de sinais e sintomas pode prejudicar a adolescente, uma vez que algumas DST, como clamídia, gonorreia, Aids, são assintomáticas ou com sintomatologias inespecíficas em seus estádios iniciais, e quando mais avançadas, começam a apresentar algum sinal e/ou sintoma.

As DST são conhecidas como moléstias infecciosas ocasionadas por vários agentes, como bactérias e vírus, sendo transmitidas comumente pelo ato sexual sem o uso da camisinha. Na suspeita da ocorrência de alguma Doença Sexualmente Transmissível, como a

sífilis, gonorreia ou a herpes genital, a adolescente deve procurar imediatamente uma unidade de saúde. No entanto alguns sintomas podem ser confundidos com reações comuns que acontecem no organismo, sendo assim ignorados e não tratados adequadamente, continuando a doença ainda ativa capaz de trazer consequências imediatas, tais como uretrites, salpingites e, a longo prazo, infertilidade, gravidez ectópica ou câncer de colo uterino (BRASIL, 2007c).

As mulheres, em especial, devem ser bastante cuidadosas, já que, em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns de seu organismo. Isso exige da mulher consultas periódicas aos serviços de saúde. Algumas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até provocar a morte. Entre as estratégias que poderão suprir essa importante lacuna estão os rastreamentos de DST assintomáticas, – especialmente sífilis, gonorreia e clamídia em gestantes e/ou adolescentes–, em serviços que executam atendimento ginecológico, em especial os de planejamento familiar, de pré-natal e os serviços de prevenção do câncer ginecológico. Além disso, para os casos já detectados, deve-se estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, também suscetíveis a graves complicações, e a promoção e disponibilização de preservativos, caracterizando à assistência de saúde um momento privilegiado de prevenção (BRASIL, 2005c).

Assim, é importante a adoção de medidas de saúde que visem reduzir a chegada de adolescentes às instituições de saúde com algum tipo de sintomatologia, e fomentar a procura regular das instituições de saúde em consultas preventivas, independente do surgimento de algum sinal e sintoma.

Apenas cinco adolescentes disseram possuir relacionamento afetivo estável no período de abrigo. Somente uma adolescente mencionou ter vivenciado relacionamento homoafetivo.

Na atualidade, muitos adolescentes estabelecem relações afetivas/sexuais sem compromisso, denominado “ficar”, o qual pode durar um dia, semanas ou evoluir para um compromisso mais sério. O “ficar” é considerado como um código de relacionamento amoroso em que o afetivo e/ou sexual está voltado para as sensações de prazer, num forte vínculo com o corporal.

As práticas afetivo-sexuais tradicionais caracterizavam-se por valorizarem o tempo de relacionamento, que se encontravam diretamente relacionadas ao grau de intimidade nas relações afetivas. Entretanto, nas relações atuais, observa-se mudanças nessas práticas entre os jovens, particularmente quanto a expressão de sua sexualidade e do estabelecimento das relações.

Na medida em que o mundo contemporâneo é marcado pela contingência pela instabilidade, mobilidade e transitoriedade, é provável que se vejam mudanças nos modos de relacionamentos com o próprio corpo e com a própria sexualidade. Nesse sentido, é bem provável que as relações amorosas contemporâneas estejam diferentes, mais temporárias, provisórias e contingentes. Isso possibilita pensar que encontros amorosos e afetivos entre os jovens estão em processo de mudanças que podem indicar as incertezas que caracterizam o mundo atual, e não simplesmente reafirmação de um determinado passado (SOARES, 2007).

Assim, na visão dos adolescentes em geral, um relacionamento afetivo estável possui conotação diferente de como era compreendido nas gerações passadas. Simbolicamente, a estabilidade em um relacionamento surge como um mecanismo de segurança e permanência de interação com o outro. No entanto, a efemeridade das relações afetivas entre os jovens desestruturam esse senso comum de temporalidade e atribui novo significado a essas relações. Os vínculos afetivos estáveis nos jovens fincam-se no que concerne aos sentimentos, principalmente de fidelidade e desejo, e não mais em durabilidade/tempo do compromisso. Essa maneira dos adolescentes se relacionarem surge como um ensaio para a vida, onde há uma extrema pela necessidade de descobrir e experimentar as relações interpessoais nesse novo mundo, o adulto.

Esta forma do adolescente manifesta-se na maneira como se aproximam, abraçam-se, beijam-se, por meio do “ficar”, e reflete a relação ao modo como vivenciam a sua sexualidade. A possibilidade de um relacionamento breve em que o desapego e a ausência de compromisso, neste caso, encontram-se associados à experimentação, ao aprendizado e ao amadurecimento quanto à forma de lidar com o outro, no que se refere às questões sexuais e/ou afetivas (SOUSA; NUNES; MACHADO, 2012).

Oliveira et al. (2007), em estudo com adolescentes sobre os relacionamentos amorosos, constataram que os jovens classificam as modalidades de relacionamentos amorosos na adolescência tendo a liberdade como padrão delineador. As relações afetivas com parceiros amorosos foram classificadas em três tipos: o “pegar”, o “ficar” e o namorar. Os três tipos relacionam-se em um contínuo, indo da liberdade absoluta, característica do “pegar”, a uma responsabilidade formalizada, que caracteriza o namoro. Entre os dois extremos aparece o conceito de “ficar”, que comporta ao mesmo tempo uma liberdade e uma responsabilidade relativas. Já o “pegar” é representado como um ato espontâneo, que não se repete, não há nenhum grau de compromisso e no qual predomina o interesse físico. O “ficar” é descrito como um relacionamento em que os parceiros possuem uma proximidade e intimidade maiores, se veem com maior frequência e que, com o tempo, pode se tornar uma

relação formalizada, que ganha contornos de maior compromisso e de oficialidade frente à família e ao grupo social, como ocorre no namoro.

Compreende-se que o “ficar” constitui-se num aprendizado, pois situa-se entre as primeiras experiências corporais do/a adolescente num período em que o amadurecimento sexual torna-o/a apto/a para a relação sexual; assim, faz com que haja a busca do/a outro/a para a experiência do prazer e da afetividade. Por seu intermédio ocorrem geralmente os contatos iniciais com alguém do sexo oposto, ou do mesmo sexo (SOUSA, NUNES, MACHADO, 2012).

Do desejo de exercer a sexualidade que aflora com as mudanças físicas da puberdade e diante das dificuldades apontadas, o início da atividade sexual ocorre, muitas vezes, sem o devido uso de métodos contraceptivos e do preservativo, levando a uma maior exposição à maternidade precoce e às Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive o HIV.

A iniciação sexual precoce de adolescentes se relaciona com um padrão de comportamento sexual de risco. Os hábitos sexuais começam no início da vida sexual e perduram ao longo da vida, por isto a importância do comportamento seguro desde a adolescência. Em muitos casos, os hábitos sexuais podem persistir por toda a vida da jovem e refletirem diretamente na saúde sexual (HUGO et al., 2011).

Comportamentos sexuais de risco, como as relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que se tenham utilizado outros métodos contraceptivos, os múltiplos parceiros sexuais e as relações sexuais com estranhos constituem uma séria ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, bem como ao seu bem-estar social. A prevalência destes comportamentos na adolescência constitui preocupação maior em nível de saúde pública, sendo da extrema importância saber como estão as adolescentes quanto a sua saúde sexual e seus comportamentos de promoção e prevenção de gravidezes indesejadas e de DST (FERREIRA, TORRAL, 2011).

Após esta análise da caracterização sociocultural e de saúde sexual, discutiremos os dados emergidos de maior prevalência relativos à promoção da saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento a partir dos discursos das adolescentes acolhidas.

4.1.2 Comportamento acerca da Promoção da Saúde Sexual

Esta subcategoria apresenta a análise sobre os comportamentos sexuais das adolescentes antes e durante o acolhimento, emergidos nos discursos que influenciam sobre a promoção da saúde sexual das adolescentes institucionalizadas.

A promoção da saúde sexual é o conjunto de atividades, processos e recursos, sobre a saúde sexual, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde sexual e suas condições de vida, em nível individual e coletivo (BUSS 2014),

Nesse sentido, descreveremos os comportamentos das adolescentes institucionalizadas, que mais emergiram em seus discursos, acerca de sua promoção da saúde sexual, em particular, a prática sexual e o uso de métodos contraceptivos comparando-os antes e durante o período de vivência na instituição de acolhimento.

4.1.2.1 A dualidade das práticas sexuais

No que diz respeito à prática sexual protegida antes do acolhimento, identificamos o exercício da prática sexual protegida em cinco participantes.

Com ele foi com camisinha. (E1)

É teve duas [vezes] que foi protegida. (E2)

Porque os outros eu sempre usei camisinha. (E3)

Já. Já usei. (E5)

Usamos tia... a camisinha. Tomei remédio e tudo. (E8)

O sexo seguro pode ser definido como um conjunto de práticas que tem como função reduzir o risco de infecção por DST/HIV/Aids durante a relação sexual, sendo o uso de preservativo, masculino ou feminino, o único método eficaz no combate a esses agravos (GUIMARÃES; CARDOSO; SILVA, 2013).

Observamos que essa prática não se caracterizou diferente comparada ao período anterior ao acolhimento. Dentre as participantes, cinco adolescentes também informaram realizar prática sexual protegida. Cabe destacar que as adolescentes que passaram a utilizar o preservativo durante sua inserção na instituição não são necessariamente as mesmas que utilizavam antes, o que demonstra uma certa inconstância e ou variação de comportamentos sexuais.

Uso camisinha. [...] Eu uso. Agora eu uso. (E1)

A gente agora tá transando com camisinha. (E3)

Não, usamos, depois de quatro meses que tava andando com ele, aí eu me perdi com ele, aí tá, ficamos usando camisinha. (E4)

Ainda que as atividades sexuais protegidas estivessem presentes na vida das adolescentes, em outros momentos houve relatos de prática sexual desprotegida antes do acolhimento. Os dados apresentam resultados preocupantes sobre a vida sexual das adolescentes, pois a prática sexual desprotegida surgiu como um comportamento quase que unânime, totalizando sete entrevistadas.

Desde o começo eu nunca tive relação com ele [parceiro] com camisinha não. (E2)

Não. Não usava. (E5)

A prática sexual desprotegida também ficou evidente durante o acolhimento. Quatro jovens relataram realizar suas atividades sexuais sem proteção.

Eu nem uso camisinha. Nem uso estas coisas também. (E6)

Não. Eu que não quis não usar. (E3)

Só que teve um momento que tipo assim. Minha menstruação foi embora praticamente ontem e eu transei sem camisinha com ele no outro dia. (E1)

Percebemos, pelos relatos, que as práticas sexuais antes e durante o acolhimento foram relatadas pelas jovens como protegidas, e em outros momentos, desprotegidas. O uso do preservativo, ao mesmo tempo em que foi apontado por essas adolescentes em suas relações sexuais, muitas vezes foi esquecido, evidenciando uma prática sexual desprotegida na vida destas jovens.

Observa-se que o comportamento sexual anterior das adolescentes em situação de acolhimento tem relação íntima com as características herdadas ou adquiridas em seu

contexto social. As influências de crenças, sentimentos e mesmo a reprodução de visões sobre saúde sexual acabam por determinar suas atitudes de promoção da saúde sexual (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

A utilização do preservativo aparece como uma prática inconstante por parte dessas adolescentes. Podemos dizer que este fenômeno encontra-se atrelado a diversas variantes tais como: a influência familiar, do meio social, da própria negociação com o parceiro, com o tipo de relacionamento e o que se espera dele. Dessa maneira, existem situações específicas que reforçam a prática sexual protegida das jovens, bem como a incentivar o sexo desprotegido.

As fortes influências das relações interpessoais, de gênero e vulnerabilidades interferem no desenvolvimento dos próprios ideais das adolescentes. O surgimento de dúvidas, maleabilidade e indecisão em situações de riscos e atitudes impulsivas e pouco reflexivas justificam os comportamentos oscilantes nas práticas sexuais, quando ora acredita ser importante o uso de proteção na prática sexual, e ora não utilizá-la com o parceiro.

Com isso, podemos inferir que as adolescentes interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas pelo mesmo, conforme os princípios teóricos indicados por Pender (1996 apud SAKRAIDA, 2011).

As constantes mudanças no contexto social e as diversas relações humanas potencializam focos condicionantes e influenciadores na dinâmica das práticas sexuais destas adolescentes. Ao compreender que estas adolescentes já experienciaram ou experenciam diversificadas situações, principalmente de carências sociais, é possível dizer que muitos vínculos ainda se mantem firmes e difíceis de romperem, caracterizando a dinâmica pendular das práticas sexuais destas adolescentes (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Assim, é difícil definir predominantemente as práticas sexuais das adolescentes em protegidas ou desprotegidas devido à dualidade comportamental, mostrando assim uma oscilação constante no que seja o padrão sexual das mesmas. Na tentativa de caracterizar essas práticas sexuais, percebemos que, de uma certa forma, as atividades sexuais protegidas permaneceram presentes no período antes e depois do acolhimento, e que a maior mudança surgiu nas práticas sexuais desprotegidas onde houve um decréscimo das atividades sexuais desprotegidas ao comparamos a vivência antes e durante a institucionalização.

Verificamos ainda, a existência de situações específicas que fomentaram o uso de preservativo e descaracterizam um padrão de linearidade na prática sexual antes do acolhimento. A prática da prostituição com o desconhecimento sobre a condição de saúde dos clientes (uma participante) foi uma das situações que indicou a vulnerabilidade à saúde sexual da adolescente e o combate aos riscos sexuais. Outra condição para o uso do preservativo

esteve centrada na versatilidade e curiosidade em utilizar preservativos diferenciados (com aroma e paladar), os quais despertavam interesses para sua utilização (uma participante).

A gente usou proteção nesse caso, porque não sabia o que os caras podia transmitir pra gente, só isso, só. (E4)

Só chegamos usar uma vez porque a camisinha era de menta, de hortelã. (E2)

A procura pelo novo/ desconhecido é um comportamento comum na adolescência. Dessa forma, a necessidade de experienciar produtos, principalmente sexuais como preservativos com aromas e sabores, torna-se uma maneira de se deparar com o que não se conhece e ganhar experiências/ memórias com um sentimento de aventura.

Em determinadas situações, como nas necessidades econômicas, as práticas sexuais na adolescência podem se caracterizar em uma alternativa de subsistência, servindo de caminho para a prática de prostituição juvenil, o que em nosso estudo foi somente identificado em uma das adolescentes.

A prática sexual na prostituição incita maior risco de contrair DST e gravidez em indesejada diariamente. No entanto, estudos tem mostrado um senso comum entre esse grupo específico quanto à realização da prática sexual protegida durante a prostituição, por se tratar de atividade em que não há envolvimento afetivo e emocional e a história da saúde sexual dos parceiros ser desconhecida (MOURA, 2002; MOURA et al., 2010; MOURA; PINHEIRO; BARBOSA, 2009; NUNES, ANDRADE, 2009).

Constatamos inclusive, em algumas adolescentes, que os tipos de relações sexuais vividas e praticadas variam de acordo com alguns sentimentos de aprovação ou reprovação. O sexo anal, em particular ao grupo de adolescentes deste estudo, foi totalmente evitado ou dirigiu-se no sentido da curiosidade seguida da repulsa após uma experiência negativa durante a atividade sexual por três adolescentes.

Os outros [sexo oral e anal] são nojentos. (E3)

Eu já tentei anal, mas não deu certo não, aí eu desisti [...] Dói muito. O bichinho [ânus] dói, hein. [...]. Eu Não. Tenho nojo. Eu tenho nojo de fazer [sexo oral], não sei porque, acho nojento. (E6)

Os comportamentos sexuais do sexo oral e do sexo anal significam para alguns indivíduos o sentimento de desejo e a possibilidade de prazer, como para outros a transgressão, o nojo, o pecado, uma experiência cercada de mitos, medos e mistérios (TORRES; BEZERRA; BARROSO, 2007).

Nesse sentido, a percepção e experiência negativa das adolescentes em relação ao sexo anal e oral culminaram a um comportamento de aversão a prática dessas duas modalidades de sexos, muitas vezes praticadas sem proteção.

Também foram identificadas algumas situações que justificassem na visão das adolescentes a realização das atividades sexuais desprotegidas. Motivos como a indiferença quanto ao uso ou não uso de preservativo na relação sexual (quatro participantes), a ação impulsiva / o agir sem pensar nas consequências futuras (quatro participantes) e a não percepção de risco a DST através prática sexual desprotegida (seis participantes), foram considerados por algumas adolescentes justificativas para sua prática sexual sem proteção antes de sua vivência na instituição de acolhimento.

Não, pra mim tanto faz, né. [Usar ou não usar preservativo] Porque eu não sabia também do risco que corria, eu era meio avoadinha, não sabia direito. [...]. Porque na hora, a gente não pensa em colocar a proteção, eu não penso em colocar a proteção entendeu? [...] Porque eu já fiquei com um cara e sei que eu fiz sem camisinha com ele, aí depois me falaram que ele tinha Aids, aí eu fiquei com isso na cabeça pensando se eu tinha Aids, ou não. (E2)

As adolescentes apresentam comportamentos bastante variados no que concerne sua saúde sexual, principalmente referente as práticas sexuais. Atitudes que demonstram curiosidade e impulsividade, características nessa fase da vida, ajudam no desvelar da sexualidade e fomenta atividades sexuais protegidas ou desprotegidas.

Devemos compreender que estas alternâncias comportamentais significam a tentativa de conciliação do conhecimento prévio da adolescente e as constantes informações/experiências adquiridas pelo ambiente (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). E por isso, as diversas mudanças e escolhas relacionadas a saúde sexual relacionam-se com a valorização de ações e ideais que as adolescentes entendem serem positivas, onde procuram um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade (PENDER, 1996 apud SAKRAIDA, 2011).

Através dos relatos das adolescentes em situação de acolhimento, conseguimos perceber momentos que geraram comportamentos que minimizassem os riscos a DST/HIV como a procura de preservativos diferentes do que há de mais comum, repulsa do sexo oral e anal baseada em percepções/experiências negativas e a prática da prostituição sob o uso de preservativos devido ao desconhecimento da saúde sexual de sua clientela. Em contrapartida, podemos dizer que esse conjunto de emoções e atitudes que constitui as adolescentes também contribui na realização de práticas sexuais desprotegidas e pouco seguras.

É interessante observar que aquele mesmo receio de contrair alguma DST/HIV desaparece no momento em que referem indiferença quanto ao uso ou não uso de preservativo na relação sexual e quando agem sem pensar nas possibilidades de infecção de DST. Assim, a percepção da vulnerabilidade sexual, durante a prostituição, por exemplo, se contrapõe com a não percepção dos riscos a DST através da prática sexual desprotegida.

Acreditamos que este tipo de comportamento não está relacionado somente com a falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivo e o sexo seguro, e tampouco com a dificuldade de acesso, mas com a percepção do próprio senso de invulnerabilidade da adolescente influenciada pelo prazer momentâneo. Motivadas pelos impulsos e a vontade de experienciar o sexo com maior frequência, as adolescentes participam das relações sexuais, muitas vezes sem preservativo, não percebendo a possibilidade de contrair alguma DST ou gravidez indesejada.

Esse tipo de comportamento caracteriza um dos maiores problemas a ser combatido durante a adolescência. A dificuldade de se trabalhar o pensamento mágico que preconcebe a ideia de que nada de ruim poderá acontecer independente das ações praticadas é um fator agravante que expõe os indivíduos a vulnerabilidades sexuais (BRÊTAS et al., 2009; SANTOS, NOGUEIRA, 2009).

Nessa perspectiva, entendemos que as adolescentes associam o sentimento de vulnerabilidade à quantidade e ao tipo de parceiros sexuais, o momento da prática sexual sem preservativo e à experiência sexual em relacionamento estável.

Logo, para as adolescentes, os comportamentos sexuais são percebidos como um estado de não ser vulnerável, e sim, estar vulnerável a uma determinada situação e em um determinado momento.

A identificação das vulnerabilidades e o potencial para ultrapassá-la criam novas alternativas para o exercício da sexualidade como um direito, o qual as adolescentes possam desfrutá-la sem qualquer prejuízo ou anulação de suas próprias vontades. As barreiras percebidas podem obrigar a adquirir um compromisso com a ação, a mediação da conduta e a conduta real (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Entretanto, podemos considerar que a dificuldade em perceber vulnerabilidades e superar as barreiras na saúde sexual pode direcionar a adolescente a comportamentos mais prejudiciais e conseqüentemente, não adotar um compromisso de promoção da saúde sexual adequado mediante a uma conduta mais reflexiva e segura.

Uma outra questão identificada que envolve a percepção das vulnerabilidades em suas vidas, consistiu na dificuldade em negociar o uso de preservativo masculino pelo parceiro

durante a atividade sexual. De algum modo, a insegurança sobre a saúde sexual do parceiro e a preocupação com os riscos de contaminação por DST estimularam três adolescentes a se protegerem durante a prática sexual antes da institucionalização como mecanismos de promoção da saúde sexual.

Eu usei com o meu ex-namorado porque ele não gostava, não gosta, não gosta, mas do mesmo jeito eu tinha que usar. Porque eu perguntei: 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. (E5)

No período de acolhimento, quatro adolescentes também demonstraram atenção à vulnerabilidade sexual e o desvelar de estratégias de promoção de sua saúde sexual. Nos discursos, comentaram dialogar com o parceiro e negociar uso de preservativo nas relações sexuais, resultado este, inexistente antes da institucionalização.

Teve, não que eu não queria, aí eu falei assim: Olha, você não quer, eu não vou poder fazer não, sem preservativo eu não faço. Ah! Mais você vai tomar o anticoncepcional. Ah! Mas através disso eu posso adquirir doença, há! Mas eu não tenho, não tô falando que você tem. Eu só me preservo. Aí ele foi e entendeu. (E7)

O conhecimento e a reflexão por parte das adolescentes em relação aos riscos advindos de relações sexuais desprotegidas são fundamentais para que os mesmos possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e da infecção pelas DST, além de exercer um direito que possibilita cada vez mais o ser humano ao exercício da sexualidade desvinculado da procriação (VIEIRA et al., 2007).

Comportamentos como comprar/ ter preservativo masculino (três participantes) e o seu consequente uso denotam uma importante ação da jovem quanto à sua vida sexual. A escolha do uso do preservativo de maneira compartilhada, isto é, por meio do diálogo com o parceiro, exhibe uma responsabilização dividida durante a prática sexual.

Olha, antes de namorar com esse cara eu comprava muita camisinha de menta, aí, eu parei de comprar e pegava só no posto. Eu tinha uma bolsa também de camisinha. (E2)

A Clinisex (Projeto de extensão da UERJ) trouxe um monte. Eu tenho muita camisinha. [...] Os dois [escolhiam o método anticoncepcional]. Ele que usava. Mas quando a gente falava, a gente falava “não... vou querer camisinha hoje”, aí ele usava! (E3)

A mulher, na manutenção da saúde sexual, tem funções, responsabilidades e direitos diferentes daqueles atribuídos ao homem, que variam de acordo com o contexto social. É

possível perceber entre as adolescentes uma maior autocobrança no que diz respeito à prevenção de DST/HIV na prática sexual comparada ao sexo masculino.

Isso se justifica pela interação das diferenças nos papéis de gênero e as diferenças sociais entre homens e mulheres. Esta união acarreta dificuldades específicas quanto à manutenção da saúde sexual saudável. As dificuldades no uso de preservativos pelos homens e na negociação do método de prevenção das DST entre o casal são resultados do gênero na sociedade, com quadros ainda mais evidentes nas camadas sociais economicamente desfavorecidas. As questões de gênero revelam, assim, o efeito sinérgico de múltiplos determinantes de vulnerabilidade a que as mulheres estão submetidas (LIMA et al., 2013; PARKER; CAMARGO JUNIOR, 2000).

O diálogo com o parceiro sobre a escolha do uso da proteção na prática sexual também colabora no fortalecimento da relação afetiva do casal, proporcionando um nível de igualdade e um consenso entre os dois. A possibilidade de conversarem e o respeito mútuo favorecem a saúde sexual com uso de preservativos e minimiza as relações desiguais de gênero entre o casal.

Quanto à responsabilidade do uso do método contraceptivo, entendemos que a escolha deve ser dividida e decidida entre o casal. Neste sentido, acredita-se que, ao se fomentarem ações de orientação e prevenção tanto entre homens e mulheres, haverá uma maior participação conjunta nas escolhas dos métodos anticoncepcionais, contribuindo para melhores diálogos e redução das vulnerabilidades sexuais (MENDES et al., 2011).

É necessário discutir que o comportamento sexual das adolescentes e a importância dada à própria saúde sexual não podem assegurar determinadamente a prática sexual protegida simplesmente pelo diálogo ou pelo comprar/ ter preservativos. No entanto, esses comportamentos são estratégias capazes de aumentar o uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, a proteção durante a prática sexual. Dessa forma, esse pequeno gesto é um forte indicativo de tentativas de promoção da saúde sexual pelo grupo, procurando inserir a proteção nas práticas sexuais e garantir a prevenção a DST/HIV.

Durante sua vivência na instituição de acolhimento, houve novos comportamentos repletos de autenticidade e segurança na prática sexual. Tais posicionamentos reafirmaram o empoderamento das adolescentes, como a negação da prática sexual caso o parceiro não desejasse usar proteção durante a atividade sexual (duas participantes), assim como a prática sexual apenas quando relacionamento afetivo estivesse mais aprofundado ou se houvesse sentimentos afetivos pelo parceiro (três participantes).

Eu peço mesmo [uso de preservativo durante prática sexual]. Vai botar não? Então mete o pé. (E6)

Porque eu não sou... não sou a conhecer ...tô namorando, já vou ter relação. Não! Eu prefiro conhecer bem a pessoa, bem a pessoa, não tô falando da boca pra fora não, eu prefiro conhecer bem a pessoa. Prefiro ter aquele convívio mesmo da pessoa, saber o que ela quer realmente de mim, qual o interesse dela, entendeu? Tem homem que dá na mulher e pum, tchau! Mas depois é assim. [...] eu vou conhecendo primeiro a pessoa, pra depois ter essa relação. Pra depois eu me entregar pra pessoa, entendeu? (E7)

Sete adolescentes percebem a necessidade da prática protegida quando se deparam com o desconhecimento da história da saúde sexual dos parceiros. Em uma das situações, o comportamento masculino de não utilizar preservativo durante as relações sexuais configura uma preocupação na jovem que vê como alternativa o uso do preservativo feminino como um elo protetor da sua saúde sexual.

Assim, como o outro eu já não conhecia ele direito e aí eu fui e comecei a usar a camisinha com ele. Aí foi, fiquei usando camisinha com ele. (E6)

Mas se um dia por acaso ocorrer eu vou ter que ter uma camisinha por perto por causa que eu servi de isca, também sei que se ele se envolveu assim com alguma menina de lá, eu vou usar camisinha mesmo. Eu já tava pensando nisso [...]. Uso a camisinha da mulher né, já que o homem não quer colocar, eu vou usar a camisinha da mulher. (E2)

Os preservativos são os únicos métodos de dupla proteção disponíveis, relacionados tanto à prevenção de DST quanto à de gravidez, sendo que o seu não uso caracteriza-se como um marcador de condutas sexuais de risco. A popularização do preservativo feminino pode viabilizar alterações no campo simbólico de negociações sexuais entre os parceiros, pois a possibilidade de uma nova atitude feminina, o manuseio do produto, o conhecimento corporal feminino decorrente do uso, constitui-se uma alternativa de dupla proteção distinta do preservativo masculino (BECHARA et al., 2013).

Porém, contrapondo a importância de uma prática sexual protegida, as adolescentes apontaram atividades sexuais sem proteção durante a institucionalização a partir do conhecimento da história sexual do parceiro. A percepção de seis jovens em saber que o parceiro não possuía DST fomentou o não uso de proteção durante a prática sexual.

Penso... assim se eu for com outra pessoa, com certeza eu vou usar, porque eu não sei o que a pessoa tem, mas ele não, ele já, conheço, porque eu vi os exames dele também. (E4)

Eles iam no posto, fazia exame de sangue, toda hora eles tavam no posto. (E5)

Com ele não [utiliza proteção durante prática sexual], mas com os outros sim [...] Porque eu sei que ele [parceiro] não tem nenhum tipo de doença, assim, como o outro eu já não conhecia ele direito e aí eu fui e comecei a usar a camisinha com ele. Aí foi fiquei usando camisinha com ele. Com ele não, eu já conheço ele, já sei tudo dele mesmo. Aí foi sem camisinha. (E6)

Mas a única vez que eu não fui com ela [camisinha] sabia tudo do meu parceiro, gente, tudo, e ele era uma pessoa mesmo cuidadosa, ele ia nos hospitais, fazia todos os exames que ele tinha que fazer, ele não fumava, ele não bebia, não era aquele certão, mas ele se preservava bastante. (E7)

A média nacional de utilização do preservativo na relação com o companheiro é de 20%. Nas relações amorosas, no caso de mulheres com parceiros fixos, há uma tendência à não utilização do preservativo, pois, como as ações preventivas são vinculadas à fidelidade, associam a existência do parceiro fixo com relacionamento seguro (AQUINO, 2008).

De modo geral, a confiança no parceiro está atrelada ao grau de envolvimento no ato sexual. Por este motivo, o fato de apresentar parceiro fixo parece produzir a sensação de um encontro sexual seguro, no qual a falta de confiança (uso do preservativo) abalaria a relação entre o casal.

A possibilidade de adquirir preservativos foi uma realidade palpável apontada pelas jovens institucionalizadas. Entretanto, a dificuldade de lidar com os reflexos das questões de gênero, no qual há um predomínio do poder masculino sob o feminino, configurou o paradoxo de possuir preservativos e não utilizá-los na prática sexual. Esse conflito interno das adolescentes gerou a escolha de se manter a prática sexual desprotegida, como única alternativa percebida por elas, bem como o descarte da proteção simbolizado pelo fornecimento de seus preservativos para outros colegas na instituição.

Normalmente, têm muitas camisinhas guardadas por aí. Eu tenho um montão que não uso. Tá tudo guardada, porque não uso, tá tudo guardada. Aí quando os outros precisam de camisinha, eles vêm logo me pedir. Aí, como eu sou uma pessoa muito solidária, dou camisinha para eles usarem, com jeitinho, sabe. (E6)

Esta contradição de receber e guardar preservativos, mas não usá-los nas práticas sexuais expõe a dificuldade da adolescente em se encontrar e reafirmar seu próprio desejo em exercer sua sexualidade. Este dado demonstra um conflito interno da jovem resultante da falta de empoderamento e falhas nos processos de promoção da saúde sexual – apropriação e conhecimento do próprio corpo, autoestima, prazer e satisfação nas relações sexuais, prevenção de DST - que se contextualize saudável e seu exercício sem qualquer situação de risco.

Ao perceber que possui competências, a adolescente passa a executar comportamentos seguros em relação a própria saúde sexual. Dessa maneira, o reconhecimento de seu verdadeiro potencial em relação ao exercício de sua própria saúde sexual, minimiza as barreiras percebidas e aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real de uma conduta de saúde específica (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O autocuidado e o controle sobre seu corpo, bem como os conhecimentos sobre os métodos anticoncepcionais e as DST favorecem o diálogo entre o casal e o consequente convencimento do parceiro para a importância do uso do preservativo na prática sexual.

O autocuidado e o controle sobre seu corpo, bem como os conhecimentos sobre os métodos anticoncepcionais e as DST, favorecem o diálogo entre o casal e o consequente convencimento do parceiro para a importância do uso do preservativo na prática sexual.

É interessante perceber, na atitude das adolescentes institucionalizadas, certo aumento de empoderamento e autonomia em relação à sua prática sexual. Mesmo que as jovens estejam assoladas em desvantagens em relação à sexualidade pelas questões de gênero e pela vulnerabilidade, há movimentos por parte delas que reafirmam modificações positivas desta condição feminina em relação à sua própria vida sexual. Apesar de lentos e inconstantes, esses pequenos comportamentos de empoderamento e autonomia das adolescentes vislumbram potenciais mudanças positivas na vida sexual e nas relações interpessoais das mesmas.

O conceito de autonomia relaciona-se com a amplitude do controle da mulher sobre sua própria vida, isto é, representa o grau de acesso da mulher e seu controle sobre recursos materiais – incluindo alimentação, renda, terra e outras formas de bem-estar – e sociais – incluindo conhecimento, poder e prestígio – dentro da família, da comunidade e da sociedade mais ampla (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012).

Especificamente na esfera sexual e reprodutiva, a autonomia relaciona-se com: o fato da jovem mulher poder ou não determinar, com segurança, quando e com quem terá relações sexuais; a saúde sexual; a regulação da fertilidade; e a maternidade segura. Na sua falta, a mulher não se sentirá suficientemente empoderada para criar estratégias de redução dos riscos sexuais, como, por exemplo, recusar o sexo ou demandar o uso do preservativo (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012).

No entanto, pelos depoimentos, percebemos também comportamentos contrários que apresentam adolescentes totalmente diferentes daquelas repletas de empoderamento e autonomia. Um exemplo descrito anteriormente foi o funcionamento das práticas sexuais em relacionamentos afetivos estáveis.

Em sua visão, o “conhecimento” do parceiro surge como justificativa para o desuso do preservativo. Dessa forma, essas mesmas jovens tendem a abandonar a prática sexual protegida à medida que a estabilidade do seu relacionamento com o parceiro amadurece.

Cabe ressaltar que os fortes laços de vulnerabilidades e de gênero intensificam as dificuldades reais e imaginárias no processo de negociação da utilização do preservativo e, com isso, enfraquecem as possibilidades de combate a prática sexual desprotegida das adolescentes.

Dentre as situações reais de diálogo e negociação do preservativo nas relações sexuais, têm-se os episódios de violência por agressão física ou ameaças de término do relacionamento. As imaginárias incluem, entre várias questões, a exposição pessoal à suspeita alheia com todas as consequências oriundas desta situação, como difamação, humilhação e perda da privacidade (OLIVEIRA et al., 2009).

Uma outra situação seria a dificuldade das adolescentes de se pensar como um ser autônomo. Este fato reforça a dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro. As mulheres, normalmente, costumam se envolver mais com as consequências dos seus atos no campo da sexualidade, enquanto os homens vivenciam sua sexualidade de forma mais despreocupada. Eles também demonstram menos conhecimentos sobre as diversas estratégias possíveis de serem utilizadas, a fim de cuidar da saúde sexual e reprodutiva (ARCANJO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2007).

Percebemos mudanças na dinâmica de relacionamento afetivo ao compararmos o período antes e durante o acolhimento. A possibilidade de diálogo e a negociação de preservativos anteriormente eram inexistentes, condicionando à adolescente se preocupar em usar proteção nas atividades sexuais. Já durante a institucionalização, fica evidente uma maior espaço de diálogo e negociação da proteção nas relações sexuais com o parceiro.

É provável que as adolescentes se comprometam a adotar condutas de promoção de saúde sexual quando os indivíduos importantes para elas - seus parceiros -, modelem sua conduta, oferecendo-as ajuda e apoio na execução de comportamentos sexuais mais seguros. Esse cenário permite que a adolescente acredite em seu verdadeiro potencial para realizar mudanças em relação a sua saúde. Com isso, fica cada vez mais facilitado o surgimento de alternativas que modifiquem os comportamentos sexuais da jovem (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Portanto, a dificuldade de negociação de preservativos e a superação desta condição, passando a usar o preservativo nas práticas sexuais, demonstram a capacidade das

adolescentes criarem possibilidades e reais mudanças em suas vidas e nas estratégias de promoção da saúde sexual, ainda que assoladas pelas vulnerabilidades e questões de gênero.

Ao serem questionadas quanto à prática sexual durante a institucionalização, três adolescentes indicaram perceber a necessidade de que a mesma seja protegida, pontuando os riscos em adquirir DST e a vulnerabilidade das pessoas em relação à gravidez quando não usam métodos contraceptivos.

Às vezes, já tive até lá e hoje eu não vou de camisinha, aí arriscado de pegar alguma doença. (E7)

Não bebendo remédio e nem usando camisinha. (E5)

Na vida sexual, o preservativo masculino é um recurso disponível aos homens e mulheres no sentido de atender à dupla função de proteção contra a gravidez e a DST. As adolescentes institucionalizadas demonstram ter incorporado essa preocupação com prevenção de gravidez e com o adquirir DST/Aids, o que vem sendo comprovado em outros grupos populacionais femininos, as quais também têm como foco principal a prevenção de gravidez e, em segundo plano, o combate às DST por meio do uso do preservativo no relacionamento sexual (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Para as adolescentes que estão em processo de desenvolvimento pessoal e de interação com o meio, a percepção da vulnerabilidade é uma tarefa difícil, pois envolve uma complexa trama de fatores que se inter-relacionam desde as questões pessoais até as interferências externas.

Algumas participantes - cinco jovens - não identificavam riscos de DST e gravidez e demonstram não perceberem a vulnerabilidade sexual. Os motivos para tal comportamento seriam a presença de problemas ginecológicos e o não acontecimento da gravidez até o momento, mesmo com a prática sexual desprotegida.

Não sei. (E5)

Bom, ela [DST] pode causar danos à saúde, né, eu não fico assim muito pensando. (E2)

Tia, na verdade, tia, não me preocupo com esse bagulho de gravidez, porque... porque eu tenho... eu fiz até exame, mas eu tenho que procurar calma, não sei se tá aqui ou se tá em outro abrigo, porque teve um caso aí, no outro abrigo eu tava achando que tava grávida, mas eu não tinha como engravidar tia, porque eu tenho um problema sério com menstruação. (E8)

Sei lá! Não sei! Eu não fico pensando muito nestas coisa não [...] Mas aí eu falei, eu tenho relação com ele e não uso camisinha, não acontece nada, também não era pra

acontecer, nem se fosse pra acontecer não acontece, eu não fico grávida, não sei porque. Nem eu e nem ele consegue me engravidar, aí a gente continua sem camisinha. (E6)

Os motivos indicados para a prática sexual desprotegida revelam a não percepção da importância do uso do preservativo para a manutenção de uma saúde sexual saudável, principalmente justificada pela dificuldade de engravidar. Estas adolescentes parecem subestimar os riscos de uma relação sexual desprotegida e a possibilidade de infecção por alguma DST. Este tipo de comportamento deduz a dificuldade das adolescentes em identificarem os efeitos nocivos de seus comportamentos em sua saúde sexual.

Os comportamentos aventureiros e curiosos das adolescentes com o forte sentido de onipotência pode justificar a não percepção da vulnerabilidade e da prática sexual desprotegida, pelo pensamento de que "isto não vai acontecer comigo". Desta forma, presumem que as consequências estão muito distantes de sua própria realidade, reforçando assim os comportamentos desprotegidos nas relações sexuais.

Por isso, adquirir DST ou engravidar não é visto como uma consequência da atividade sexual não protegida, pois com eles isto não acontecerá, não havendo, portanto, justificativa para o uso da contracepção na adolescência, como expressa a onipotência do adolescente (BRÊTAS, 2005).

Esse tipo de pensamento pode corroborar de maneira intensa em toda a adolescência, caso não haja uma intervenção adequada no que tange ao processo da promoção da saúde sexual. A falta de reflexões na saúde sexual ainda na adolescência potencializa os comportamentos hostis sem qualquer tipo de prevenção e as expõe determinantemente a DST/HIV, submissão feminina e vivência de violência.

Com estes resultados, percebemos que as adolescentes comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios e emanam maior segurança para elas. Assim, as atividades sexuais protegidas ou desprotegidas funcionam mediante situações específicas que envolveram relações de ganhos e menores prejuízos possíveis em suas vidas (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

A percepção da vulnerabilidade, assim como as questões que envolvem a vida destas jovens, isto é, tipo de relações interpessoais, condições de vida, experiências de vida, são fatores decisivos na escolha de práticas sexuais protegidas ou desprotegidas. As perdas, muitas vezes, configuram-se como fator ameaçador e decisivo para autoanulação e/ou potencializador de vulnerabilidade social e principalmente sexual.

Consideramos que o grande diferencial na dinâmica das práticas sexuais destas jovens seja resultado das diferentes oportunidades e possibilidades de escolhas que elas possuem, além de um capital de conhecimento previamente adquirido - seja por experiências vividas como por informações obtidas – em que o empoderamento e o reconhecimento de seus direitos sexuais as façam refletir e escolher com maior segurança suas práticas sexuais e, conseqüentemente, uma promoção da saúde sexual mais efetiva.

Ao observarmos os dados, comparando o período antes e durante o abrigo, fica evidente uma relação inversamente proporcional na qual há uma descontinuidade da percepção dos riscos quanto mais as adolescentes vivenciam situações de não gravidez após prática sexual desprotegida. A convicção errônea de que não se engravida com o sexo desprotegido causa um relaxamento e ou diminuição da preocupação também dos riscos a DST/HIV.

Ainda que percebamos esse tipo de comportamento arriscado entre algumas adolescentes, outras vêm compondo uma trajetória com atitudes mais calculadas e reflexivas. Quatro adolescentes apontaram à não prática sexual durante o acolhimento em circunstâncias específicas. A não realização de atividade sexual esteve muito relacionada às situações de diminuição da libido durante gestação e a abstinência sexual aparente durante vivência no acolhimento.

Mas não transo com ninguém. (E1)

Ah, sei lá. A gente não tá muito transando não. (E3)

Bom eu sei que eu não vou querer ter relação nenhuma, né. Porque eu não tô nem pensando em voltar pra ele mais. [...] Mas eu sei que não vou voltar. (E2)

Nas falas da maioria das adolescentes, cinco participantes também relataram preocupações em relação à sua saúde sexual em relacionamentos futuros, nos quais elas expressaram expectativas quanto aos seus comportamentos, destacando a prática sexual protegida e prevenção de gravidez.

Se caso vier eu vou sempre ter anticoncepcional ou preservativo. (E7)

Com certeza [usará proteção com novo parceiro]. (E4)

Se fosse transar com outra pessoa eu ia usar camisinha. (E5)

Observa-se nos discursos certo grau de apropriação do próprio corpo ao firmar uma posição diante da não realização da prática sexual durante sua estadia na instituição. As

adolescentes apresentaram ações que evidenciam certa autonomia, bem como estratégias que fomentam uma prática sexual livres de danos.

O exercício saudável da sexualidade é um direito e um ponto desejável da promoção da saúde sexual. Alguns comportamentos como a abstinência sexual, a decisão de ter atividade sexual com quem desejar e a tentativa de diálogo com o parceiro contribuem na redução dos riscos, desigualdades de gênero e em maior fortalecimento da imagem de uma pessoa capaz de decidir seu próprio futuro.

A possibilidade de imaginar o futuro dentro das situações de adversidades e fazer escolhas seguras também deduz uma característica de empoderamento. Esse comportamento representa uma jovem repleta de conhecimentos e bases críticas e reflexivas, que criou mecanismos de combate às vulnerabilidades sexuais presentes no seu cotidiano.

A promoção da saúde sexual, pautada no empoderamento, acesso a serviços de saúde e responsabilização do indivíduo para com sua prática sexual protegida e uso de método anticoncepcionais, vem sendo forte aliada no alcance de uma saúde sexual adequada. Como efeito esperado, há o fortalecimento dos direitos e exercício da saúde sexual de forma autônoma, não mais caracterizada por imposição e manipulação social

4.1.2.2 Uso ou não uso de métodos anticoncepcionais

Os métodos contraceptivos foram também uma das temáticas apontadas pelas jovens ao serem questionadas sobre os seus comportamentos sexuais.

Toda adolescente tem direito de ter acesso a informações e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada, bem como a prevenir-se contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis, respeitando-se a sua liberdade de escolha (BRASIL, 2013).

Podemos dizer que a escolha dos métodos anticoncepcionais pelas adolescentes seja resultado de uma compreensão da autoeficácia de um determinado comportamento. A autoeficácia de um comportamento está associada aos sentimentos gerados durante o comportamento do indivíduo, no qual o tipo de sentimento gerado, negativo ou positivo, irá influenciar na eficácia percebida e no próprio comportamento do indivíduo. Desta forma, quanto mais positivo for o sentimento associado ao comportamento do indivíduo, mais efetivo é percebido este comportamento (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Dentre os métodos anticoncepcionais experienciados antes de estarem nas instituições de acolhimento, as adolescentes pontuaram, em maior frequência de uso, o preservativo masculino (quatro participantes), a pílula anticoncepcional (quatro participantes) e o hormônio injetável (três participantes).

É, eu não tava com ele (parceiro), aí eu fiquei dois meses usando a injeção [hormônio injetável]. (E2)

Só camisinha de homem e o remédio [pílula anticoncepcional]. (E6)

Eu tomava anticoncepcional. Eu usava... Eu já usei os dois [preservativo masculino e pílula anticoncepcional]. (E7)

Já tomei remédio [pílula anticoncepcional]. (E8)

Eu tomava remédio. (E5)

Os resultados do uso de métodos anticoncepcionais durante o acolhimento não desvirtuaram da comparação realizada com o período antes da instituição, quando os mesmos métodos anticoncepcionais apareceram nos discursos de todas as adolescentes: preservativo masculino (sete participantes), pílula anticoncepcional (quatro participantes) e hormônio injetável (três participantes). Houve um relato do início do preservativo feminino após o acolhimento.

Eu usei a camisinha né. Já usei comprimido e agora a injeção. (E3)

No começo, eu comecei com a pílula, que eu achava que ia resolver tudo, depois fui no posto de saúde e tomei a injeção. (E7)

Aqui. Quando eu era da acolhida. Eu já não era mais virgem. Ai vim e voltava [para o abrigo]. Fiquei aqui muito tempo. Ai fui pra outro abrigo. Ai não era mais virgem, ai fui e botei DIU. (E1)

Remédio.eu tomava remédio. (E5)

Todas as adolescentes apontaram uso de métodos anticoncepcionais, e em alguns casos, houve ainda uma associação com o uso do preservativo. Porém, observamos que o uso dos métodos contraceptivos não se realizou de maneira constante, havendo episódios de abandono ou uso esporádicos. Tanto antes como durante o acolhimento, houve relatos do não uso de métodos anticoncepcionais. Duas participantes afirmam problemas na continuidade do método.

Mas aí eu tive que parar [de usar hormônio injetável] por causa que eu perdi a receita [médica] e ninguém queria me dá. (E2)

[...] É, às vezes eu uso, quando...mas às vezes eu não uso não. (E4)

O resultado do presente estudo não desvirtuou do estudo de Duarte, Holanda e Medeiros (2012), no qual os métodos contraceptivos mais utilizados foram: anticoncepcional oral, preservativo masculino, anticoncepcional injetável.

Em geral, as jovens buscam um método anticoncepcional que evite a gravidez, proporcione o exercício da sexualidade com maior liberdade e seja de boa eficácia e reversibilidade. Assim, quanto mais positiva é percepção da eficácia de determinado método contraceptivo de escolha, mais tempo a adolescente manterá o uso do mesmo e obterá mais efeitos positivos na promoção da saúde sexual (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

No entanto, em determinadas situações, ficou evidente a percepção de algumas adolescentes em relação à eficácia de uso de métodos anticoncepcionais. As adolescentes deste estudo apresentaram atitudes de não uso dos métodos contraceptivos, no qual muitos desses resultados se atribuem ao comportamento impulsivo ou até à não compreensão da importância do uso dos mesmos como mecanismos de proteção e prevenção de DST e gravidez. Estas dificuldades diminuem a percepção de riscos a DST/HIV e gravidez que cercam essas adolescentes e até as fazem desistir de usar o método anticoncepcional sem qualquer planejamento prévio de prevenção.

Os motivos descritos para o uso de métodos anticoncepcionais emergiram por diversas razões como o receio de engravidar e de adquirir DST.

Pra mim não ficar grávida, eu chegava na injeção. (E2)

A camisinha [é melhor], porque pela pílula também pega gravidez, né?! (E5)

É só o anticoncepcional que não uso e eu usava o anticoncepcional com medo da camisinha estourar [...] Não, tinha medo porque geralmente tem camisinha que estoura. E se eu não tiver tomando anticoncepcional? Não tiver tomando nada? Ah! Não, na primeira vez não vai engravidar, vai que engravida? Porque eu já conheci muitas pessoas que na primeira vez estourou, nasceu neném, por isso que eu prefiro ter esse cuidado. (E7)

Resultado semelhante apareceu no estudo realizado em Porto Alegre, onde as adolescentes, ao serem questionadas sobre o motivo do uso dos métodos contraceptivos em geral, disseram utilizar algum método contraceptivo para evitar a gravidez (TRONCO; DELL'AGLIO, 2012).

Em relação às preferências, para algumas adolescentes, os métodos contraceptivos considerados mais fáceis para a utilização foram o hormônio injetável (quatro adolescentes) e

DIU (três adolescentes), enquanto que os mais difíceis foram a pílula anticoncepcional (cinco adolescentes) e o preservativo feminino (três adolescentes).

Bom, no princípio, eu não vou tirar isso da minha cabeça de tomar injeção, é tipo assim é mensal, eu gostei da injeção por causa de que é mensal (...) Por que eu não ia saber colocar [o diafragma] [risos]. (E2)

Não, 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. Que é todo mês, vai lá, sente aquela dorzinha, acabou só próximo mês. Eu prefiro. (E7)

Eu vi lá, aí eles falaram que pode [ter relações sexuais com o DIU]... é assim você pode...você não engravida, mas se caso um dia você queira engravidar você pode ir no médico, tirar e por pra engravidar. Senão você pode ficar até sete anos, 10 anos com ele, mas tem que ir lá todo mês, fazer a manutenção, sei lá, acho que é esse nome aí mesmo. Tem que ir lá ver se tá certinho, se tá no lugar certo. [...] Sei lá, porque o comprimido e injeção, eles falaram que dá muito hormônio e eu já vi também, porque minha irmã depois que começou a tomar, disparou no corpo...é muito hormônio que só. [...] Acho que é o diafragma [é o mais difícil]. Eu vi, é um negocinho assim, uma rodelinha assim estranho, mas sei lá. Eles me explicaram como se usa, tem que limpar, e higiene todo dia, mas sei lá. (E4)

Brêtas (2005) identificou em seu estudo que tanto o DIU quanto o contraceptivo injetável foram mencionados pelos sujeitos do sexo feminino como vantajosos, pelo fato de que seu uso não precisa ser contínuo; o uso pode ser mensal, trimestral ou até mesmo durante anos, como no caso do DIU, o que facilitaria, na opinião das adolescentes, a opção por esses métodos, uma vez que não há a necessidade de horário fixo e uso contínuo, evitando assim o esquecimento.

Alguns métodos são considerados difíceis pelas adolescentes. Um exemplo de desvantagens para a aderência ao método seria o discurso que o *condom* "atrapalha o prazer do ato sexual". A possibilidade de furar o *condom*, o difícil manuseio levando ao uso incorreto e a sua má qualidade do *condom* também são justificativas para a menor utilização do método contraceptivo (BRÊTAS, 2005).

Quanto à pílula, identificaram-se elementos relacionados aos efeitos colaterais, às dificuldades no seu uso e falhas de fabricação. O fato de a pílula não ser uma forma de prevenção contra DST foi mencionado com maior frequência dentre as desvantagens. Também foi relacionada à dificuldade de administração em horários corretos, receio de esquecimento, incômodo do uso contínuo do método anticoncepcional, pausando apenas no período da menstruação (BRÊTAS, 2005).

A escolha e o uso de um método anticoncepcional envolvem responsabilidade e segurança na vida da jovem. Há uma forte tendência dessas adolescentes escolherem métodos mais resolutivos e que tenham o menor grau de responsabilidade durante seu uso.

Podemos dizer que esse tipo de comportamento é característico da adolescência, cuja dificuldade de se responsabilizar por suas ações não é totalmente clara e que por isso, o nível de preocupação no uso do método tem que ser o mais reduzido possível. Dessa forma, ao escolherem um método, as adolescentes dos estudos escolheram o DIU e o hormônio injetável porque agregam menor preocupação no seu uso, uma vez que sua manutenção é em períodos mais prolongados e não exigem ações diárias.

Em um fluxo contrário, constatamos algumas situações pontuadas pelas adolescentes que contribuíram para o não uso dos métodos anticoncepcionais. O desejo de parar de usar hormônio injetável e a sensação de incômodo do DIU foram motivos de abandono dos métodos. O acidente com o uso do preservativo masculino e a amamentação também interferiram no uso imediato da pílula do dia seguinte como uma medida contraceptiva imediata.

Fui e botei [o DIU]. Aí tava me incomodando, aí não quis ficar mais, fui e tirei depois. (E1)

Porque depois que eu ganhei ele [seu filho], sem querer eu tinha transado com o J., aí sem querer a camisinha saiu. Aí tinha que ser, aí eu tinha que tomar um remédio porque senão eu ia engravidar de novo. E eu não queria! Aí foi, aí ele comprou, é... aquele remédio [pílula do dia seguinte]... Mas eu não podia tomar por causa que eu tava [amamentando] e passaria uma coisa que tinha muito hormônio. (E3)

Embora as tendências do comportamento sexual dos adolescentes sexualmente ativos sejam de atividades sexuais devido ao incentivo ao uso de métodos contraceptivos, a contracepção nem sempre é considerada um assunto prioritário pelas adolescentes no início da sua vida sexual, fomentando a não utilização dos métodos anticoncepcionais sem comportamentos preventivos ou seu uso inconsistente e/ou incorreto.

Este tipo de comportamento sexual resultou em consequências irremediáveis na vida de quatro adolescentes antes do acolhimento. A decisão da retirada do DIU sem substituição por outro método anticoncepcional (um participante) e o esquecimento do uso da pílula do dia seguinte (um participante) foram também fatores responsáveis para uma gravidez não planejada associada ao não uso de preservativo.

Não, assim, eu quando engravidei não tava tomando pílula não e não tava usando camisinha. Entendeu? Por causa disso. (E5)

Ai tava me incomodando [o DIU], aí não quis ficar mais, fui e tirei depois. [...] Oh, do meu filho, eu estava com DIU. Fiquei o quê? Usando DIU uns três anos. Aí foi, eu tirei. Tirei o DIU. Não acho que fiquei 2 anos. Fui, tirei o DIU e engravidei dela. (E1)

Conforme os depoimentos acima, o não planejamento e o não uso/ uso inadequado dos métodos contraceptivos aumentam as possibilidades de gravidez e concomitantemente, infecções por DST. A gravidez para a maioria dessas meninas não foi considerada um acontecimento negativo na vida delas, mas reconhecida como uma situação de descuido e não planejamento prévio e com possibilidade de evitá-la.

Lima et al. (2004) consideram algumas características da própria fase da adolescência como por exemplo, a impulsividade, o imediatismo e os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade, como estando relacionadas à ocorrência da gravidez nessa fase do desenvolvimento. O levantamento de todos os fatores listados permite a compreensão da gravidez na adolescência como um fenômeno multicausal e complexo, evidenciando uma vulnerabilidade acerca das adolescentes.

A percepção e a vivência da sexualidade na adolescência estão relacionadas a valores, crenças e atitudes que determinam o comportamento social do indivíduo. Muitas vezes a adolescente, além desses conflitos próprios da faixa etária, depara-se com outras questões, como a ocorrência de uma gravidez, que nesta fase do desenvolvimento pode acabar gerando dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na mãe adolescente (SOUSA-MATA et al., 2009).

A gravidez na adolescência, além de significar uma mudança abrupta na vida do adolescente que passa a ter o seu futuro incerto devido aos riscos envolvidos em uma gravidez, é também o resultado da prática de sexo sem prevenção, ocasionando riscos de aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (MOREIRA et al., 2008).

Também no período de institucionalização, o desuso de métodos contraceptivos - inclusive os preservativos nas relações sexuais - ocorreu conforme o crescimento e a estabilidade do relacionamento com o parceiro. Esta situação chama a atenção quanto à invisibilidade das vulnerabilidades presentes na vida das adolescentes, ao apresentarem atitudes e comportamentos sexuais de risco e com desfecho de uma gravidez não planejada.

Aí depois de um tempo parei de usar [camisinha]. Aí foi quando eu tomei... ele foi... a gente fomo... ele me deu remédio [pílula do dia seguinte] ... [usei] a pílula do dia seguinte. Aí minha menstruação descontrolou. Aí eu... ele falou para eu tomar o outro... Depois do dia seguinte nós foi de novo... Aí ele falou pra eu tomar o outro... mas eu não tomei... Eu tinha esquecido aonde tinha botado. Aí falei assim: Ah! depois eu tomo, quando eu achar eu tomo. Aí eu não tomei, aí depois que ele foi embora, percebi que minha menstruação não tava vindo, antes disso percebi que minha menstruação não tava vindo, aí eu não falei nada.. (E4)

A gravidez na adolescência tem sido apontada como um "problema social". Parir antes dos 19 anos, décadas atrás, não se constituía assunto de ordem pública. As alterações no padrão de fecundidade feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens no tocante à escolarização, e o fato de a maioria dos nascimentos ocorrer fora de uma relação conjugal, despertaram a atenção para esse fato (BRANDÃO, 2006). Assim, a gravidez na adolescência merece atenção de políticas públicas que visem à prevenção deste fenômeno e de sua repetição. Salienta-se a necessidade de se prestar uma atenção especial e diferenciada à adolescente previamente ao início de sua vida sexual ou tão logo após a gravidez (SOUSA-MATA et al., 2009).

A dificuldade de expressão da sexualidade pela adolescente e as possíveis falhas nos serviços em relação à saúde sexual são fatores principais que contribuem para a gestação precoce (DEPRÁ et al., 2011).

A baixa adesão ao uso de métodos para evitar DST/Aids e gravidez são justificados por numerosos fatores como a falta de capacidade das adolescentes em perceber a vulnerabilidade sexual e as circunstâncias, esquecimento, custos e desprazer na relação sexual, dificuldade de diálogo com o parceiro, negociar a abstinência ou o uso de preservativo, não valorização das chances de engravidar, qualidade e/ou inadequação da informação a respeito de contracepção e reprodução, assim como sobre o uso correto dos métodos anticoncepcionais (FERREIRA; TORRAL, 2011; SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Muitas vezes o método contraceptivo pode estar disponível, mas a adolescente não sabe como usá-lo corretamente. As jovens, apesar da grande variedade de informações, ainda têm dúvidas sobre o uso adequado e ideias equivocadas acerca dos métodos anticoncepcionais. Dois exemplos simples seriam a colocação da camisinha e a tomadas das pílulas, principalmente em relação ao intervalo entre as cartelas – muitas adolescentes se confundem e as iniciam erroneamente ou não respeitam o intervalo recomendado entre uma e outra cartela (LIMA et al., 2013; SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

A ocorrência da gravidez ainda na adolescência não deve ser entendida como um fator negativo na vida das adolescentes. Ao se considerar o meio em que as adolescentes estão inseridas, a gravidez na adolescência pode ser encarada como evento não problemático, aceito dentro de normas e costumes de muitas comunidades.

Assim, nota-se a importância de considerar as contingências ambientais atreladas aos comportamentos dos indivíduos para entendê-los, pois a cultura é o próprio ambiente social que exerce controle sobre o comportamento do grupo que a prática.

Apesar de todos os problemas que cercam a gravidez na adolescência, a experiência da maternidade proporcionou também um efeito positivo na vida da adolescente, guiando-a a mudança de comportamentos mais reflexivos e sólidos quanto a sua prática sexual.

[Antes] Não passava pela cabeça evitar gravidez e doença. Agora [após gestação] passa... Passa tomar remédio [pílula anticoncepcional]. Usar camisinha. Se tratar... (E5)

A possibilidade de nova gravidez e infecção por DST significa uma situação de ameaça a saúde sexual, e por isso, motivou-a para uma real mudança de comportamento sobre sua sexualidade. Esta situação afirma a disposição dessa jovem em promover a própria saúde sexual/reprodutiva. Logo, quanto maior o compromisso dessa jovem com um plano específico de ação, isto é, com a prevenção de gravidez indesejada e das DST, mais provável é que ela mantenha as condutas promotoras de saúde sexual ao longo do tempo. Com isso, é fato que as pessoas se comprometam mais facilmente com comportamentos dos quais preveem reais benefícios (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Podemos pensar que, independentemente de sua real condição, as adolescentes são um grupo chave promissor para qualquer processo de transformação social. Seu potencial crítico, criativo, inovador e participativo, pode ser o propulsor de mudanças positivas à medida que encontrem apoio social e sintam-se seguras para decidir e escolher os melhores caminhos a seguir.

Ao compararmos as práticas sexuais antes e após a inserção na instituição, com o intuito de analisarmos a promoção da saúde sexual dessas adolescentes, esbarramos no fato de ser um grupo onde há perseverança de uma labilidade comportamental. Os dados apresentaram maior utilização do preservativo, escolha do momento de ter relações sexuais, maior empoderamento, maior percepção da vulnerabilidade para DST e mesmo da gravidez indesejada. O comportamento impulsivo e a indiferença da prática sexual protegida antes da instituição foram situações não mais abordadas durante o acolhimento.

A possibilidade de diálogo com o parceiro e a negociação de preservativos caracterizaram comportamentos de menor risco à saúde sexual, inexistentes antes do acolhimento. Ainda, percebeu-se inclusive um fortalecimento de ações baseadas em autonomia e empoderamento feminino, em que a preocupação de uma prática sexual saudável no futuro e a prática sexual mais consentida e estruturada justificaram um trabalho de promoção da saúde efetivo.

Contudo, esse dado parece ser oscilante, na medida em que as influências do meio interferem consideravelmente sobre essa promoção da saúde. Esse resultado reproduz a dificuldade de se romper as fortes questões culturais e de gênero no comportamento sexual da população, e não tão diferente seria do grupo deste estudo, assim como a imaturidade etária e a ausência de políticas públicas mais específicas a esse grupo de adolescentes.

Devido aos fortes laços de vulnerabilidade e gênero nas relações afetivas das adolescentes, houve uma intensificação da prática sexual desprotegida nos relacionamentos estáveis, cujo conhecimento e convívio com o parceiro resultou no abandono da proteção nas relações sexuais. Em uma relação inversamente proporcional, observou-se uma maior preocupação em manter as práticas sexuais protegidas com desconhecidos e, à medida que o relacionamento ia crescendo, houve uma tendência à prática sexual desprotegida.

O comportamento relacionado à responsabilização do uso do método não apresentou diferença nos dois períodos, assim como o não uso ou a interrupção do método contraceptivo sem programação ou substituição por outros métodos.

Apesar da eventualidade da proteção nas práticas sexuais e a descontinuidade do uso dos métodos, é importante considerar e credibilizar a realização da prática sexual protegida da jovem. Acreditamos que muitas dessas mudanças foram frutos da intervenção do acolhimento na vida das adolescentes, onde ocorrem atividades de promoção da saúde sexual cujo destaque maior é o empoderamento das adolescentes baseado num contexto crítico e reflexivo e o exercício de seus direitos sexuais.

Embora ao encontrarmos resultados referentes ao não uso dos métodos anticoncepcionais pelas adolescentes, ou mesmo uma utilização intermitente, percebemos que houve uma mudança de comportamento a partir do quantitativo de gravidezes antes e durante o acolhimento. No período anterior, foram quatro gestações contra apenas uma gestação durante a institucionalização.

A redução do número de gravidezes nos faz refletir e associar que a mudança nas práticas sexuais para mais protegidas, principalmente atribuída ao aumento do uso dos preservativos, possibilitou um menor número de gestação devido a uma maior preocupação em relação à sua saúde sexual.

Além disso, essa atitude da jovem pode significar a tentativa de cuidado com seu próprio corpo e combate às vulnerabilidades que lhes cercam. Em outras palavras, esses comportamentos refletem certa clareza quanto à importância de se protegerem e o ensaio de experiências que norteiam significativamente a promoção de sua saúde sexual.

As atividades de promoção da saúde presentes dentro do acolhimento, como as rodas de conversas sobre saúde sexual, trabalho dos profissionais do abrigo e incentivo a procura por serviços de saúde, possibilitaram novas alternativas para as adolescentes no cuidado com a própria saúde sexual. Simultâneo ao acolhimento, podemos dizer que o acesso facilitado aos serviços de saúde como realização de consultas, disponibilidade de serviços de informação e distribuição de métodos anticoncepcionais, ajudaram em modificações positivas e no aumento de comportamentos sexuais saudáveis das adolescentes.

Os comportamentos sexuais inalterados nos atenta à importância de educação em saúde para estas jovens, visando uma promoção de saúde adequada. As desigualdades de gênero se entrelaçam com as vulnerabilidades dessas adolescentes, de modo a prendê-las em condições que na sua visão não existe outra escolha a não ser de aceitar essa realidade.

Em face dessa realidade, acredita-se que a política de saúde pode mudar a situação atual dos adolescentes no país, ao se aproximar das condições socioculturais, tornando-se capaz de elaborar e aplicar um plano de ação acerca do ser adolescente.

E como uma estratégia de melhoria das condições de vida e saúde sexual dessas adolescentes, acreditamos que o trabalho realizados com as questões de prevenção e promoção da saúde sexual com um modelo crítico reflexivo baseado nas trocas de informações, diferenças de gênero e no empoderamento do próprio corpo traduzirá em comportamentos sexuais de menores riscos pelas adolescentes.

À medida que se trabalha o Empoderamento das adolescentes institucionalizadas com questões como o funcionamento e a apropriação do próprio corpo, os direitos sexuais e a responsabilização de si é possível que muitos dos comportamentos arriscados emergidos nos discursos e presentes até hoje se modifiquem minimizando as questões de vulnerabilidade individual e desigualdades de gênero.

É fundamental entender que a mudança de comportamentos saúde sexual das adolescentes institucionalizadas não é compreendida como decorrência imediata da vontade das mesmas. E dessa maneira sofre diversas interferências além das questões pessoais, como seus comportamentos e sentimentos acerca da saúde sexual. Podemos dizer que as relações interpessoais da família, amigos e parceiros e a vivência em centros de acolhimentos contribuem no estabelecimento de um nível de vulnerabilidade sexual e na formação de constructos responsáveis pela promoção de saúde sexual durante a adolescência.

4.2 Categoria 2: Sentimentos e conhecimentos das adolescentes acolhidas sobre a promoção da saúde sexual

Dando continuidade à análise, considerando o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, nesta categoria buscou-se contemplar o segundo componente chave do modelo: “Sentimento e conhecimentos do indivíduo sobre o comportamento”.

4.2.1 Características e sentimentos das relações afetivas com o parceiro e da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas

Os resultados demonstram que as relações afetivas das adolescentes caracterizam-se por experiências positivas e negativas. Conseqüentemente, todo comportamento do casal adolescente e parceiro produzirá um efeito e implicará diretamente na vida sexual dessas jovens.

As relações afetivas amorosas podem ser definidas como interações com um determinado grau de intensidade, mutuamente consentidas, voluntárias e simétricas. Estas envolvem dependência entre os parceiros; no entanto, é uma dependência mútua, recíproca, sendo estas relações mais que uma aliança entre amigos. As relações românticas são marcadas por sentimentos de paixão e amor, partilhados e marcados por expressões de afeto – nomeadamente em nível físico – e expectativas ou existência de contatos sexuais (COLLINS; SROUFE, 1999).

Reconhece-se que as relações afetivas amorosas, significativas para o ser humano como o namoro, podem ser consideradas como fatores de risco ou de proteção – também chamados de fatores resilientes –, dado que ora promovem o sentimento de segurança e a autoestima e concorrem para o bem-estar global do indivíduo, ora geram condições adversas de existência e implicam considerável sofrimento (CANAVARRO, 1999).

As adolescentes institucionalizadas, em situações de disparidades sociais, envolvem-se em relacionamentos amorosos como uma forma de minimizar as carências afetivas e familiares. De acordo com Bertoldo e Barbará (2006), a jovem adulta encontra-se tipicamente em uma etapa de transição para a conquista da autonomia psicológica e emocional. Nesse sentido, pode-se considerar que as relações íntimas que se desenvolvem neste período – de

namoro – estabelecem um laço que podem, ou não, conferir segurança emocional neste momento de distanciamento das relações parentais.

4.2.1.1 Relações afetivas com o parceiro

Como relação afetiva de convívio positivo as adolescentes apontaram o relacionamento positivo do casal durante a institucionalização, onde as atitudes do parceiro apresentam influências significativas nesta dinâmica afetiva, como o carinho e a fidelidade do parceiro.

Eu gosto dele pra caramba. (E4)

Eu acho que ele gosta muito de mim e eu gosto muito dele. (E6)

Mas ele é bonzinho, é carinhoso. (E2)

Durante a adolescência, os parceiros românticos são considerados fontes de companheirismo e suporte emocional. Há, no entanto, que fazer a distinção entre experiências afetivas amorosas e relações afetivas/amorosas, contemplando as experiências afetivas românticas um conjunto alargado de situações, desde fantasias a interações, relações de curta duração, até relações duradouras (TUVAL-MASHIACH et al., 2008). Desta forma, as relações amorosas integram-se nas experiências românticas, assumindo um lugar de destaque nesse tipo de experiência (COLLINS; WELSH; FURMAN, 2009).

As relações amorosas são deste modo complexas e compostas por experiências multifacetadas, que exercem influência e permitem o desenvolvimento dos adolescentes ao nível da autonomia, individuação, identidade e sexualidade. Ter uma relação amorosa e a qualidade dessa relação está associada a um autoconceito romântico positivo e a uma elevada autoestima (RIBEIRO, 2011).

O relacionamento com um parceiro geralmente envolve um complexo arsenal de motivações, ligadas a vivências emocionais muito íntimas e profundas. Misturam-se desejos de várias ordens, e, quanto mais inconsciente o indivíduo estiver em relação a esses desejos, maior a possibilidade de tais conteúdos serem fígados nessa relação (DI YORIO, 1996). Estas questões, somadas às culturais e econômicas, têm grande peso no comportamento

sexual da adolescente e evidentemente influem nas questões de poder e de tomada de decisões (CAMARGO et al., 2010).

As idealizações amorosas são comuns entre as adolescentes do sexo feminino e é corriqueiro que o sentimento de afeto pelo parceiro seja mais expressado em comparação ao mesmo. A procura de um parceiro ideal, que seja fiel e carinhoso, caracteriza uma construção histórica e sociocultural e de gênero, no qual a mulher deve se sentir segura e protegida pelo homem. Dessa maneira, o comportamento das adolescentes como figuras românticas pode ser também explicado pela presença da mídia, por meio de novelas, filmes, músicas e literatura. Observa-se, claramente, a influência do social, bem como o momento biológico de impulsos sexuais, em que há uma tendência das adolescentes em se relacionar afetivamente.

Nota-se uma maior preocupação social com as relações amorosas, o que vem se traduzindo pelos meios de comunicação como um fator condicionante na sociedade. É comum a presença recorrente de artefatos culturais como jornais, revistas, músicas, filmes, novelas e outros programas de entretenimento, gerando discussões apaixonadas ou controversas. Além disso, percebe-se na tradição oral o discurso suscitante dirigido aos casais, desde a mais tenra idade, salientando e reforçando as práticas amorosas socialmente esperadas, de forma que o opositor a tais ideias sintam-se à margem da cultura (PIRES, 2009).

A compreensão das relações amorosas considerando, inclusive, as questões pertinentes ao gênero, implica entender que há diferenças nas expectativas de uma adolescente do sexo feminino para as do adolescente do sexo masculino. Evidencia-se ainda, em nossa sociedade, uma construção social da divisão social e sexual baseada na diferenciação biológica dos sexos, expressa pelas relações de poder e subordinação. Basicamente, essa relação de poder é representada pela discriminação de papéis sociais, atividades, normas e condutas esperadas para homens e mulheres em cada sociedade, onde o homem ainda apresenta mais poder social em relação à mulher.

O sentimento construído a partir das relações afetivas, para as adolescentes, caracteriza-se uma forte ligação ao ideal de afeto, carinho, respeito, companheirismo e confiança, como mecanismo de ancoragem e manutenção de um sentimento de referência, uma construção de elos familiares. As relações amorosas são susceptíveis de contribuir para a (re)elaboração de um sentido interno de segurança. Assim, a adolescente pode encontrar a segurança que não tinha na relação com os pais, na relação com outras pessoas que poderão se tornar figuras de vinculação; assim, a relação com o par amoroso pode assumir esta função (FACHADA, 2009).

Um dos princípios teóricos de Nola Pender indica que a promoção da saúde pode ter relação direta com os indivíduos referenciais - parceiro, família, profissionais de saúde, da instituição -, sendo estes, fontes importantes de influência interpessoal, que podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

A figura amorosa é tida para os jovens como uma sensação de vinculação, que funciona, simultaneamente, na condição de base segura facilitadora da exploração e de refúgio de segurança que proporciona apoio em situações ameaçadoras. Com efeito, a relação com o par amoroso tende a ser vista como positiva, na medida em que é elevada a confiança naquele para a satisfação das necessidades de vinculação do próprio, o que poderá fortalecer o modelo positivo dos outros (FACHADA, 2009).

Observa-se que algumas ações realizadas pelo adolescente parceiro, como a visita a ela no acolhimento, o respeito às decisões da adolescente quanto às práticas sexual e da paternidade fortalecem os laços afetivos entre o casal.

Quando eu não quero [ter relação sexual] eu falo que não, e ele “tá!”, ele vai e fica normal. (E3)

Ele já veio visitar quando eu estava com meu filho [no abrigo]. (E1)

Ele me quer perto, mais por causa do filho dele também. Porque tipo, nós dois se gosta, não sei se ele gosta do mesmo jeito que eu gosto dele, mas ele fala que gosta de mim, então, ele me quer perto e quer a criança também. (E2)

Lopez (2009) defende a importância que as relações íntimas seguras representam, não só enquanto fator protetor relativamente às perturbações, mas também como promotor do desenvolvimento humano, contribuindo para um funcionamento adaptativo, saúde mental e bem-estar.

Cabe destacar que, nas falas das adolescentes, observa-se, sutilmente, relações de gênero, que se referem às relações sociais de poder entre homens e mulheres, em que cada um tem seu papel social determinado pelas diferenças sexuais. Entende-se então que o gênero é ainda uma das primeiras formas de distribuir e significar o poder, sendo que o que é classificado como masculino tende a ser mais forte, superior e poderoso; ao passo que o que é considerado feminino é visto como mais fraco, com menos poder e por isso deve ficar sob a esfera de proteção e de submissão ao masculino (ALBEERNAZ; LONGHI, 2009).

Nesse caso, a maternidade parece ser uma maneira de aproximação do parceiro. Este tipo de relação, no qual o filho é utilizado como o estabelecimento do vínculo, é comum e

apenas reforça os preconceitos e privilégios de um sexo sobre outro e ajuda na construção da identidade sexual das meninas e dos meninos. Entretanto, também demonstra a “paternidade responsável” por parte do adolescente.

No tocante à relação afetiva de convívio negativo, foi pontuada a discussão com o parceiro durante o período de acolhimento. As discussões geralmente se desencadeavam devido ao comportamento agressivo do parceiro associado ao ciúme, mentira e traição.

Ele ficava jogando tudo no chão. Aí nós discutia direto. Nós brigava direto, cara. [...] Às vezes ele mente. Eu sei que as vezes ele está falando mentira, só que eu fico quieta. (E1)

A gente briga porque ele tem muito ciúme de mim, ele é muito ciumento, muito ciumento. [...] Aí ele ficou com raiva porque falaram pra ele que eu tinha saído com o garoto, saía com o garoto. (E6)

Quando a gente brigava [...]. Aí nesse fato ele tinha relação só pra me humilhar, só pra dizer to com outra. (E2)

As relações afetivas na adolescência não são, contudo, interações completamente positivas e repletas de felicidade. Na medida em que o desenvolvimento da jovem se afeta de forma positiva, os envolvimento amorosos são também susceptíveis de serem colocados em risco, de que são exemplos a violência e o abuso (FACHADA, 2009).

O comportamento agressivo dos parceiros é um fato que pode passar despercebido e, que, mesmo quando surge durante o andamento do relacionamento amoroso do namoro, é subestimado como se fosse uma fase ruim por parte de um dos parceiros (ALMEIDA, 2008).

O ciúme aparece como um motivador de conflitos entre o casal. Esse sentimento do parceiro pode ser considerado uma ferramenta de controle e de dominação nas relações afetivo-sexuais. Convergindo com as reflexões produzidas pelas questões de gênero, o ciúme do parceiro emerge como sinônimo de poder sobre a adolescente. A anulação das relações interpessoais da adolescente devido ao ciúme do parceiro, ou seja, a naturalização do imaginário machista que a mulher pertence ao homem, identifica a violência de gênero na relação do casal.

Outros comportamentos, como a agressividade, mentira e traição do parceiro, reforçam a violência simbólica, muitas vezes, invisível ao casal. A violência simbólica deve ser entendida a partir da lógica do poder e da dominação masculina, que impõe valores, ideais e padrões patriarcais como aspectos naturais aos sexos, que (re)criam mecanismos que dificultam sua identificação (LAMAS, 2003).

Para Bosch et al. (2007), a (re)produção e vivência dessa vinculação (amor romântico-ciúme-violência de gênero) por parte de alguns casais se dá por meio dos lugares, papéis e posições que assumem/exercem no contexto de uma sociedade patriarcal e heteronormativa, que privilegia a construção de relações assimétricas de poder entre os sexos/gênero. O sistema sexo/gênero incide na forma como as/os adolescentes vivenciam suas relações afetivo-sexuais, de modo que elas se caracterizam por mostrar uma idealização do amor e uma entrega incondicional à relação amorosa, um elevado sentimento de proteção e cuidado do outro acima da satisfação de suas próprias necessidades e interesses, uma concepção de amor que implica no sacrifício do eu. Em contrapartida, o sexo masculino mostra uma disposição muito menor à renúncia total, o sacrifício pessoal e a entrega e uma maior contenção.

Durante a adolescência existe uma tendência a permear as relações de namoro e de ‘ficar’, atuando também na forma como os/as adolescentes constroem a noção de mulher/feminino e de homem/masculino, construídas no âmbito de uma sociedade patriarcal, heteronormativa, capitalista, racista e adultocêntrica. Tal noção ainda tende a significar (e resumir) o ser social mulher como sinônimo de submissão, fragilidade, inferioridade e maternidade, enquanto que o ser social homem assume a conotação de dominação, virilidade, objetividade, agressividade, entre outros (MARTÍNEZ BENLLOCH et al., 2008).

Fachada (2009) explica que, durante esta fase da vida, as adolescentes tendem a aceitar com maior facilidade relações abusivas e/ou asfixiantes através do controle, chantagens, proibições, ameaças e insultos por acreditarem que esses comportamentos do parceiro são demonstrações de amor. Esta maior aceitação da violência pelas jovens pode ser justificada pela falta de conhecimento sobre a identificação de um relacionamento saudável e poucas experiências amorosas.

Há também de se considerar as condições sociais cercadas de disparidades e as relações familiares fragilizadas, servindo como motivadoras para a continuidade do relacionamento afetivo. A aceitação dos comportamentos negativos do parceiro na relação amorosa parece estar ligada a uma idealização do amor, visto como o responsável a dar sentido à vida da adolescente e o motivador de superação de obstáculos (FACHADA, 2009). Conseqüentemente, ocorre uma minimização dos atos agressivos dos parceiros por parte das jovens no intuito de esperar melhores mudanças de vida, ignorando o respeito mútuo, liberdade e igualdade inerentes às relações afetivas saudáveis.

A dúvida da paternidade, o uso de drogas e a situação em cárcere do parceiro são fatores negativos e desencadeantes para desestruturação do relacionamento afetivo do casal apontados por elas.

Essas experiências negativas provocaram sensações de insegurança e desilusão no futuro dos relacionamentos afetivos dessas adolescentes. Além disso, sentimentos de vergonha e constrangimento foram associados à situação de cárcere do parceiro.

Só quando ele ia preso que nós não se via mais. Eu não visito ele. Eu não [visito ele na prisão] Duvido! Tá amarrado! Tenho vergonha, tia. [...] Sei lá. Acho que nós não vamos ficar junto não [quando o parceiro sair da prisão]. (E1)

Eu puxei assunto com ele [parceiro] falando que eu tava grávida, aí eu falei que tava grávida, e ele falou assim... falou que não era dele. (E4)

Eu fumava mais com ele, depois que eu terminei essa amizade que eu tinha, que eu relatei no começo, eu tipo parei com essa amizade e comecei a fumar com ele, e fumava maconha o dia todo. [...] Aí ele queria um tempo pra ele, aí deu dois dias de festa lá em casa, aí conforme eu, tipo assim, é vi que tava perdendo pras garotas que tava indo na festa, eu participei da festa [em casa]. (E2)

Já tive desilusão, entre esses quatro [relacionamentos], alguns deles já tive desilusão, tipo de achar que é uma coisa, não dá valor, não dá meio que valor, sabe, aquela que tu toma aquela pessoa e meio que ela não te dá valor. Aí tu ama, ama, ama e ela não tá nem aí pra te dar valor pra você. (E7)

As parceiras de presos geralmente estabelecem articulações significativas entre o cárcere e a vida fora dos muros da prisão. Elas assumem um status de quase condenadas, visto que experimentam, no contato com a instituição prisional, constrangimentos pessoais e impactos estigmatizantes (DUARTE, 2013).

Assim, a paternidade pode ser uma tarefa fácil para alguns jovens; já, para outros, que se recusam dar fim à sua juventude, optando por não assumir as responsabilidades paternas, não registrando seus filhos e não colaborando com o sustento deles, pode ser uma realidade de grande impacto social, pois implica deserção da paternidade (LUZ; BERNI, 2010).

Para a mulher adolescente, enfrentar uma gravidez nessa fase da vida pode não acarretar riscos biológicos, mas ela dividirá ou não com o companheiro a vulnerabilidade psíquica dessa experiência e os prejuízos sociais, tanto devidos às alterações da formação educacional, quanto ao ingresso prematuro no mundo do trabalho e do afastamento do grupo de amigos (LUZ; BERNI, 2010).

É possível observar que, em suas relações afetivas, as adolescentes entrevistadas puderam identificar os fatores negativos e positivos e quais seus sentimentos envolvidos no relacionamento. Entretanto, não destacaram sentimentos positivos associados à relação com o parceiro, apenas referiram os sentimentos negativos.

Acredita-se que os sentimentos negativos sejam mais prevalentes sendo atribuídos por elas, um significado mais forte na própria vida. Muitas adolescentes passaram por situações

hostis e experiências negativas. Dessa forma, como um mecanismo de autodefesa/proteção emocional, há uma predisposição de enaltecer e perceber as memórias mais negativas em comparação às aquelas positivas.

Entendemos que o sentimento afetivo, presente nas relações interpessoais (casal), pode apresentar-se como um filtro das informações apreendidas no cotidiano de um ambiente, um contexto de vida, o qual pode influenciar a percepção do casal. Mesmo quando o relacionamento encontra-se desgastado e o parceiro apresenta comportamentos negativos, existe, pelas adolescentes, um comportamento de aceitação desta condição interpessoal.

As mulheres, em alguns casos, se submetem a uma relação de violência por não terem condições de manter um nível adequado de vida ou até mesmo de subsistência. Em outros casos, sentem-se presas nessa relação, porém, logo depois da agressão e das brigas o companheiro se mostra amoroso, arrependido, com juras de que nunca mais irá agredi-la, desculpando-se, com o intuito da mulher se sentir fortalecida para manutenção da relação. Nesta circunstância, a mulher busca salvar a relação e se submete, acreditando no arrependimento do companheiro e desistindo de deixá-lo (MIZUNO; FRAID; CASSAB, 2010).

Este tipo de comportamento feminino pode ser explicado pelas questões de gênero e pelas condições sociais, em que possuir um parceiro é uma condição de status, ainda que seja submissa dentro da relação e ainda procura substituir as carências promovidas pelos laços familiares fragilizados.

As relações sexuais na adolescência, em particular, das adolescentes institucionalizadas, muitas vezes mostraram-se relacionadas com o estabelecimento de vínculos, sendo usadas em alguns casos como estratégia, visando um maior compromisso. O papel feminino inclui ter um marido e filhos, portanto o sexo é uma possibilidade de mudança de status, deixando a posição de adolescente para a de mulher adulta.

As percepções e concepções construídas pelas adolescentes sobre a realidade são permeadas pelas informações assimiladas, frutos do meio. Dessa forma, é provável que as relações afetivas sejam influenciadas e influenciem, de alguma forma, a maneira como elas interpretam o risco em seus cotidianos e, conseqüentemente, a avaliação que elas fazem da própria exposição durante a prática sexual.

Com isso, os relacionamentos afetivos ocupam um significativo espaço na vida das pessoas neste período, sendo alvo de investimento de atenção e interesse da saúde. Somado às características próprias da adolescência, tais como o excesso de otimismo e a imaturidade

cognitiva, o sentimento amoroso pode atuar como mais um elemento de vulnerabilidade desta população frente às DST e gravidezes.

4.2.1.2 Sentimentos relacionados à saúde sexual

Vergonhas, medos, inseguranças, estereótipos e preconceitos, segundo Mandu (2000), ampliam a vulnerabilidade de adolescentes a problemas relativos à sexualidade, sobretudo quando essas vivências esbarram na falta de apoio familiar e social. As questões sentimentais atuam como um fator que retroalimenta as ações e relações humanas, não sendo diferente com os adolescentes.

Dentre os sentimentos negativos emergidos, aquele que se dizia a respeito antes do abrigo era o medo relacionado à infecção por DST, especificamente a Aids. O mesmo receio também surgiu durante o período de abrigamento, porém, por outras adolescentes.

Tinha [medo], de contrair Aids. (E2)

Tenho [medo]. (E4)

Isso aí eu tenho medo. 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. (E8)

Resultado semelhante surgiu no trabalho de Barreto e Santos (2009), no qual a maioria das adolescentes entrevistadas referiu ter receio de contrair a Aids por saber que a doença não tem cura. Contudo, esse preconceito mencionado por elas não existe só em relação à Aids, mas a todas às DST, e que estas doenças sempre estiveram associadas, de um modo geral, à promiscuidade e às “mulheres de vida fácil”.

A Aids é percebida como uma doença mortal, incurável, contagiosa, que maltrata, de sofrimento e tratamento prolongados, que pode aparecer de repente, com sinais visíveis de comprometimento externo, como no caso do emagrecimento. Além de se sentirem amedrontados, há o entendimento de que a morte é iminente (BORGES; MEDEIROS, 2004).

A timidez/vergonha em conversar sobre a saúde sexual com parentes e profissionais de saúde aparece como um sentimento negativo e bastante influente no comportamento das adolescentes.

Eu sinto vergonha de conversar isso [saúde sexual] com eles [familiares]. (E2)

Aí tia, mó vergonha a gente conversar essas coisas. É bem vergonhoso falar essas coisas assim. (E8)

Geralmente, as adolescentes possuem dificuldades em conversar sobre questões pessoais e íntimas com os pais para esclarecer dúvidas sobre assuntos relacionados à sexualidade. Isso é comumente vinculado ao sentimento de medo de sofrer represálias.

Tabus e preconceitos impedem as adolescentes, de, até mesmo, buscarem aprender. Diante disso, algumas adolescentes buscam auxílio com outros adolescentes, visando à troca de ideias ou mesmo ao compartilhamento de medos (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

Talvez, o sentimento de vergonha tenha uma dimensão muito mais profunda no que tange ao comportamento da adolescente. Esse sentimento pode influenciar nas relações de diálogo com os parceiros sobre o relacionamento e prática sexual, assim como na opção de escolha de um método anticoncepcional evitando a imposição dos serviços de saúde.

A insegurança com o método anticoncepcional DIU também foi tópico para as adolescentes. A inexperiência de uso do DIU entre as jovens desenvolve incerteza em relação ao método escolhido. A escolha de método já conhecido e utilizado anteriormente pondera significativamente na opção do método diante da dúvida.

Eu escolhi o DIU, mas não sei não...acho que eu vou preferir tomar injeção mesmo. (E4)

Eu ia botar também DIU, só que os outros fala que dá câncer. (E1)

Como podemos perceber, em dados momentos, o método contraceptivo pode estar disponível, mas a adolescente não sabe como usá-lo corretamente. As jovens, apesar da imensa diversidade de informações, ainda possuem dúvidas e dificuldades sobre o uso adequado e ideias equivocadas acerca dos métodos anticoncepcionais.

Santos e Nogueira (2009) afirmam que esse fato pode ser evidenciado, na colocação da camisinha e nas tomadas das pílulas, principalmente em relação ao intervalo entre as cartelas, por exemplo, quando muitas adolescentes se confundem e as iniciam erroneamente ou não respeitam o intervalo recomendado entre uma e outra cartela. Assim, apesar das diversas opções de escolha de métodos anticoncepcionais, aquele que a adolescente conhece e que lhe dá mais segurança torna-se o anticoncepcional de preferência para uso.

Apenas um sentimento positivo, foi evidenciado nas falas das jovens. A tranquilidade da adolescente em relação à sua saúde sexual representa um comportamento de autenticidade sobre sua saúde sexual.

Eu fico descansada, porque eu não tenho [DST]. (E2)

Uma vez que a participante expressa tal relato, significa que ela usufruiu de mecanismos concretos que a levassem a concluir tão feito, como, por exemplo, a busca de serviços de saúde e reflexão e mudanças de comportamentos sobre sua saúde sexual atual. O sentimento de segurança e tranquilidade em relação à saúde sexual pode ser justificado pelas estratégias desenvolvidas pelas adolescentes para uma saúde sexual adequada.

Para uma promoção da saúde sexual efetiva, é importante conversar, perguntar, compreender a própria sexualidade e a do parceiro sexual; estabelecer trocas de experiências e informações acerca da responsabilização e desenvolvimento de respeito entre os parceiros, outros adolescentes e profissionais do sistema de saúde. Construir uma relação saudável que envolva amor, afeto, tesão ou sexo é também tomar decisões conjuntas e dividir responsabilidades, escolhendo o método contraceptivo mais adequado para a proteção de si mesmo e do parceiro, e assim poder expressar com tranquilidade novas emoções e sensações, mas, além de tudo, preservar a vida e evitar DST e gravidez não planejada (BOUZAS; PACHECO; EISENSTEIN, 2004).

A fase da adolescência é um momento assolado por estantes mudanças, experiências e emoções. Dito isso, há de se compreender que este resultado de poucos sentimentos identificados pelas jovens induz a uma coerência esperada do que realmente jovens nesta idade poderiam perceber. Para os adultos, identificar seus sentimentos já é uma tarefa difícil para uma grande maioria, e comparando com as adolescentes, esse artifício de expressar o que se sente torna-se ainda mais complexo.

As diversas emoções na adolescência, somadas as questões de vulnerabilidades, influenciam intensamente no sentimento e comportamentos referentes à promoção da saúde sexual. Durante esse período da vida é comum o imediato sentir-agir, sem muitas vezes compreender as peculiaridades das interferências à sua volta. Consequentemente, para as adolescentes, os comportamentos se sobressairão no que concerne aos sentimentos envolvidos nessa trama de experiências, que passarão despercebidos por muitas delas. Neste momento, fica difícil a jovem estabelecer uma ligação de muitas de suas emoções que motivam suas

ações e, com isso, parte desses sentimentos envolvidos não ganham importância para elas como um fator desencadeante e influente em seus comportamentos.

Na adolescência, a sexualidade se relaciona a um campo de descobertas e experiências que implicam a tomada de decisões, requerendo responsabilidade e o exercício da autonomia. É necessário promover espaços de diálogo, com escuta dos sentimentos, desejos e dúvidas, propiciar informações claras, construção de conhecimentos e ações de promoção de saúde sexual (CAMPOS; SCHALL; NOGUEIRA, 2013).

Neste sentido, é importante valorizar todos os sentimentos das adolescentes em relação aos seus comportamentos sexuais. Ao se tentar trabalhar os sentimentos das adolescentes com seus respectivos comportamentos é possível entender os motivos reais das suas atitudes positivas e negativas referentes à sexualidade e ajudar na construção do que seria adequado, na visão da jovem, para uma efetiva promoção da saúde sexual em sua vida.

4.2.2 Aquisições de recursos sobre promoção da saúde sexual

No que diz respeito, especificamente ao público das adolescentes, sabe-se que este grupo vivencia intensas mudanças nos quesitos biológicos, psíquicos e sociais. É uma etapa cheia de conflitos pessoais e interpessoais em que as adolescentes incorporam influências culturais de familiares, da mídia, dos amigos, enfim, da sociedade.

Essas influências culturais repercutem diretamente nos seus comportamentos e atitudes diante das relações de gênero. É na adolescência que se percebe grande vulnerabilidade física, psicológica e social. Esta vulnerabilidade pode ser entendida como a interação dos fatores individuais com os fatores sociais em se está envolvido, podendo tornar-se um indivíduo mais vulnerável ou menos, dependendo de sua capacidade de reinterpretar criticamente mensagens sociais de perigo (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007).

Não podemos deixar de mencionar a influência do formato das relações sociais quanto as desigualdades de gênero, em que as mulheres se encontram em situações de grande desvantagem quanto sua promoção da saúde sexual, estando suscetíveis às DST em decorrência de seu comportamento sexual desprotegido, alimentado pela confiança nos parceiros (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007).

Dentro das relações sociais, a família, os parceiros, os profissionais de saúde, os cuidadores e mesmo outros adolescentes exercem importante influência nos comportamentos

sexuais da adolescente. Estes agentes podem incentivar, ou não, o compromisso da jovem em adotar uma conduta promotora de saúde sexual em sua vida (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Visando analisar as diversas interferências na vida das adolescentes acolhidas na sua promoção da saúde sexual, os dados dessa subcategoria foram distribuídos em influências antes e durante o período de acolhimento.

4.2.2.1 Acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, parceiros, família e experiência de vida antes do abrigo

A construção da “identidade” sexual é tanto individual quanto coletiva, pois se expressa e recebe influências, caracterizando-se de acordo com o contexto no qual o sujeito está inserido. Assim, durante as diferentes etapas de vida, expressamos nossa sexualidade de acordo com cada contexto cultural, seja da família, dos grupos de amigos ou na escola (SOUSA; FERNANDES; BARROSO; 2006).

Ainda durante a infância, os indivíduos recebem interferências significativas relacionadas à sexualidade e cuidados de saúde. A família se solidifica como a principal fonte de informações durante o desenvolvimento da criança e norteia muitos dos comportamentos sexuais futuros de cada pessoa durante a adolescência.

Os membros da família são os primeiros educadores sexuais dos filhos, pois compete à família, a qual é uma instituição social permanente na vida do indivíduo, a grande parcela de responsabilidade na formação dos jovens (BIÉ; DIÓGENES; MOURA, 2006).

As relações interpessoais também são fatores responsáveis pela caracterização dos comportamentos sexuais. O envolvimento com amigos, parceiros e outras pessoas possibilita a construção de laços que influenciam a promoção da saúde sexual das adolescentes. Existe também a forte influência de elementos culturais sobre esse comportamento. Crenças, valores e costumes permeiam o contexto de vida das pessoas, e influenciam a forma como elas se comportam diante de situações de saúde sexual. Esses fatores culturais são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, e pelos contextos sociais, político, educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

A construção da “identidade” sexual é tanto individual quanto coletiva, pois se expressa e recebe influências, caracterizando-se de acordo com o contexto no qual o sujeito está inserido. Assim, durante as diferentes etapas de vida, expressamos nossa sexualidade de acordo com cada contexto cultural, seja da família, dos grupos de amigos ou na escola (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

A interferência familiar sobre o comportamento e a promoção da saúde sexual antes do abrigo fica evidente nas falas das entrevistadas. A convivência com sua família contribuiu na formação da sexualidade das adolescentes.

Quando eu era pequena, assim, eu gostava assim, eu fui criada pela minha avó, aí minha avó tipo assim ela sempre foi fechada, sempre foi murmuranta, sempre falou muito da vida dos outros, da vida dos outros não, que ela achava ruim a vida dela, aí tipo eu acho que ela queria que eu fosse igual a ela, fechada, não sei. Passava, ria pra todo mundo, aí ela ficava falando: Fecha os dentes, tá rindo por causa de quê? alguém é dentista? Eu acho que eu fiquei mais séria por causa disso, por causa da minha avó, né, porque ela fazia (E2)

A frequente anulação/repreensão da família sobre as atitudes e comportamentos da adolescente favoreceu a moldagem de sua sexualidade ainda na infância. Por esses dados, é possível perceber que as adolescentes percebem essas influências da criação familiar na expressão da sua sexualidade e saúde sexual.

A repressão à sexualidade humana é um fato que interfere no comportamento das pessoas. O estudo desenvolvido por Almeida e Centa (2009) mostrou que os membros da família reproduzem a educação sexual da mesma maneira como foram educados. A educação recebida teria deixado marcas negativas que estavam presentes até o momento, o que dificulta a comunicação relacionada à sexualidade com os entes mais novos. Nesse sentido, é evidente que a falta de preparo dos familiares para falar sobre a saúde sexual e a promoção da saúde sexual é devido à história de repressão que existe em torno dela, repassado de geração para geração.

Conforme ressaltado pelos Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana (ECOS, 2013), a educação sexual deve ser entendida como um direito que as crianças e/ou adolescentes têm de conhecer seu corpo e ter uma visão positiva da sua sexualidade; de manter uma comunicação clara em suas relações; de ter pensamento crítico; de compreender seu próprio comportamento e o do outro. Deve ser preocupação dos pais e educadores que os adolescentes tenham uma educação sexual sadia, pautado em valores e hábitos condizentes com a valorização da vida e com os direitos humanos.

No intuito de minimizar os problemas de repressão da sexualidade, é necessário que a família repense valores e atitudes contentivas que estão enraizados por causa da influência da educação sexual ao qual foram submetidos. Essa mudança depende de que se crie um ambiente familiar sem repressões, onde qualquer assunto a respeito da sexualidade não seja proibido, e as informações sejam honestas, verdadeiras e naturais (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Algumas informações sobre saúde sexual e reprodutiva podem surgir dentro do meio familiar por meio de exemplos de vida. A experiência de um familiar pode ser considerada uma verdade absoluta e seguida pela adolescente como um ensinamento. Dessa forma, essa interferência atua diretamente nos comportamentos sexuais das adolescentes.

Isso que minha tia falou comigo, que de mesmo jeito que ela tomava a pílula, ela pegou a gravidez. (E5)

A experiência negativa junto ao familiar, em relação ao uso do método anticoncepcional e a conseqüente gravidez, ajudou na descredibilidade do efeito do método anticoncepcional. Dessa forma, o uso da pílula anticoncepcional foi visto como insuficiente na prevenção de gravidez, desenvolvendo dúvidas durante o uso deste método.

As experiências passadas de indivíduos explicam e interpretam os modos de vida humana em determinados contextos culturais, levando-nos a compreender condutas em determinadas situações. Essa situação é inconscientemente reconhecida pela própria adolescente, ao afirmar que a família influencia a sexualidade com os exemplos (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

Uma família pode ser considerada um sistema que se movimenta por meio de padrões transacionais, ou seja, aqueles estabelecidos através de gerações. Quando as transações se repetem, estas estabelecem padrões de como, quando e com quem cada indivíduo deve se relacionar, e estes são considerados reforçadores e reguladores dos comportamentos dentro do sistema familiar (RIEKOWSKI; ALMEIDA, 2009). A prática sexual baseada em convicções errôneas e as crenças, os mitos e os tabus sobre sexualidade, identificados no contexto familiar das adolescentes, exerceram significativa influência na promoção da saúde sexual.

A família, assim, pode reforçar as ideias de que a sexualidade deve ser tratada de maneira sigilosa, e por vezes reprimida, trocar conhecimentos corretos ou errados sobre saúde sexual ou possibilitar aos adolescentes, por meio do diálogo, o reconhecimento da sua própria sexualidade com autonomia e responsabilidade (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA 2010).

Encontramos na literatura que, durante a adolescência é muito frequente o diálogo

sobre saúde sexual entre a família e amigos. Geralmente, os amigos surgem como a primeira fonte de informações (45,3%), e em seguida, a família em segunda posição representada por outros familiares (19,7%) e pais e mães (18,7%) (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006). Contudo, nossos resultados apontaram uma realidade um pouco diferente, pois ocorreu que a família foi a principal fonte influenciadora nas questões sobre a saúde sexual. Os principais assuntos abordados durante os diálogos com a família foram: desenvolvimento corporal feminino e masculino, sexualidade, os cuidados de higiene com o corpo, uso de métodos contraceptivos e prevenção de gravidez e a procura de serviços de saúde para a manutenção da saúde.

Com minha irmã. [...] Muita coisa [ela explicou]. Eu, quando minha, mãe morreu, eu já fui mocinha e a Andreza não. Aí ela ficava falando pra Andreza. Esse negócio da Andreza ver a gente trocando absorvente, aí ela ficava falando. - Sabe essa rachadura que tu tem no meio da perna, vai sangrar, não sei o que. Ela falava, quando seu namorado ... Quando você tiver um namorado do teu tamanho, quando crescer, vai criar pelo no peito, vai ficar com negócio aqui e tal. (E1)

Quando minha mãe indicou a injeção [hormônio injetável], é eu não tava com ele, aí eu fiquei dois meses usando a injeção (...). Quem me indicou na verdade foi ela [mãe], quando veio a primeira gravidez. Aí foi ela que indicou, aí eu fui na ginecologista, e ela passou a receita. (E2)

Foi assim...foi assim...minha tia falava para mim: - Você toma pílula pra não engravidar, aí eu falava pra ela: - Mas eu não sei onde compra isso. Na farmácia, senão no posto. Aí ela tá me levou no posto. Aí foi desse dia que eu comecei a usar. Me deu pílula [no posto de saúde], conversaram comigo. É eu falei assim... não... a minha tia falou com ele para ela não pegar gravidez quero pílula para ela. Não sei o que eles conversaram. Aí pegaram a pílula e me deu. (E5)

Nos discursos acima, é interessante observar que todas as pessoas de referências para educação em saúde sexual na família eram do sexo feminino. Estes dados reforçam a dificuldade de se estabelecer diálogos sexuais em ambos os sexos, evidenciando o constructo da promoção da saúde sexual repleta de desigualdades de gêneros.

Houve também relato de distanciamento da figura paterna no processo de educação sexual. Pelos relatos, fica evidente uma maior preferência de interação e diálogos sobre saúde sexual das adolescentes com pessoas do sexo feminino em comparação ao sexo masculino.

Aí antes eu tinha as amigas do meu pai. Porque meu pai era homem e minha mãe não era mais viva. Aí elas me levava às vezes pro ginecologista, aí me levava... aí conversava comigo. (E7)

Nas sociedades patriarcais, geralmente é dada às mães a responsabilidade em educar e socializar os filhos, o que explica, ao menos parcialmente, a recusa dos pais em ocupar

também esta posição. A sociedade ocidental valoriza muito mais a atuação da mãe, ou da figura feminina mais próxima, no cuidado e na educação dos filhos (FOUCAULT, 1990), sendo este seu status social.

As famílias com maiores desigualdades sociais possuem características relativas à estrutura e papéis familiares, processos de comunicação familiar e socialização dos filhos, que são peculiares de sua classe. A divisão de papéis entre os pais é bem definida, cabendo à mulher a responsabilidade de educar, socializar e cuidar dos filhos e ao homem, o sustento da família. Assim, a figura paterna, quando presente, tem comportamentos que refletem o poder, a dominação e pouco envolvimento com a criação e orientação dos filhos (AMARAL; FONSECA, 2006).

No entanto, quando há uma relação afetiva envolvida, como no caso do parceiro, essa figura masculina torna-se um participante ativo nos diálogos sobre a sexualidade e forte influente nas questões sexuais da adolescente, principalmente na utilização/escolha de métodos contraceptivos.

Acho que dos dois, [opção de não usar método contraceptivo] né?! Ele não gostava muito de usar e depois de um tempo eu parei de usar. (E4)

O diálogo no relacionamento, em especial no que diz respeito à contracepção/proteção, interfere positivamente no uso do preservativo. O casal que, conversa sobre métodos contraceptivos/proteção antes da iniciação utilizaram mais preservativo nessa relação (TEIXEIRA et al., 2006).

Quanto aos diálogos com amigos, as adolescentes relataram conversas com amigas/colegas antes do acolhimento. O diálogo mais aprofundado, com segredos, por exemplo, surge apenas com as pessoas de vínculos de maior confiança.

Eu converso com as minhas colega. Conversava mais mesmo com as minhas colegas do salão. (E5)

Com meus irmãos, com minhas amigas de vez em quando a gente conversa essas coisas, mas não é essas coisas de conversas, essas coisas assim, é outras coisas que a gente conversa. (E2)

A dificuldade em conversar abertamente sobre sua saúde sexual com seus amigos pode ser reflexo das construções sociais marcadas por tabus e medos ainda a serem derrubados na sociedade, e que podem ser passados pelo convívio com alguns familiares, com os

profissionais da instituição de acolhimento, entre os próprios adolescentes e mesmo com o convívio nas relações sociais externas à instituição – escolas, serviços de saúde, e outros.

O diálogo acerca da sexualidade ainda representa uma barreira a ser superada não só pelos adolescentes, mas também, e principalmente, pela família, que ainda carrega tabus para tratar do assunto (LIMA et al., 2013). Quando as informações não são conseguidas em casa, as adolescentes recorrem aos amigos, que na maioria das vezes sabem um pouco ou acabam deturpando fatos e informações, criando dúvidas ainda maiores (ALMEIDA; COSTA; SILVA, 2005).

Podemos dizer que outros setores institucionais atuam como eixos secundários na formação e cognição a respeito da saúde sexual das adolescentes. A mídia, a escola e os serviços de saúde favorecem significativamente nas formações de padrões comportamentais sexuais das adolescentes.

Ah, eu sempre fiquei ouvindo pela a minha família ou pela televisão ou quando eu ia no posto e me falavam. (E3)

Muito na escola, palestra, até minha mãe falava. Ela falava que eu só ia casar depois dos 30. Que eu só namorasse depois dos 30. (E8)

Segundo Maia et al. (2006), a mídia tem ação direta na vida dos jovens, seja no papel de objeto explícito de ensino e aprendizagem na transmissão de valores morais, na construção do caráter do ser pensante, seja no repasse de símbolos que valores para a família e para sociedade como um todo.

Ainda que algumas das informações oriundas da mídia tenham uma visão negativa como cenas de violência, sexo e conflitos na família, bem típicas das telenovelas e de outros programas de televisão, é fundamental considerar a importância da mesma no ditar dos comportamentos sexuais dos jovens.

A escola é reconhecida como contexto privilegiado para efetivar ações de promoção da saúde, pois, dada a sua capilaridade e abrangência, é uma aliada importante para a concretização de ações de promoção da saúde, o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisão favorável à sua saúde e à comunidade, criação de ambientes saudáveis e promotores de saúde, bem como para a consolidação de uma política intersetorial, voltada para a qualidade de vida, pactuada no respeito ao indivíduo e tendo como foco o estabelecimento de uma nova cultura de saúde (BRASIL, 2002).

Abordar temas relacionados à sexualidade na escola pode ser significativo se permitir que os adolescentes reflitam sobre os conhecimentos advindos de orientações anteriores –

tanto do âmbito familiar, como dos outros segmentos sociais – favorecendo a compreensão, eliminando ideias equivocadas expostas muitas vezes pela mídia. A orientação sexual na escola pode contribuir significativamente na formação de adolescentes, permitindo que estes possam fazer escolhas, se posicionem e procurem novas explicações (OLIVEIRA, 2009).

Os programas e as propagandas publicitárias são bem influentes na vida desses jovens, em que há uma relação no processo desconstrução da identidade e na manifestação da sexualidade, do corpo e nas relações de gênero (CARDOSO; SILVA, 2013).

Os serviços de saúde contribuem com informações para promoção da saúde sexual. Entre as entrevistas, as instituições de saúde atuam como um espaço capaz de esclarecer dúvidas ou aprofundar conhecimentos. Os profissionais de saúde ainda são considerados agentes importantes na interligação do indivíduo com as instituições de saúde.

A minha mãe me falava... me falou uma vez um pouquinho, mas eu não entendia nada direito, aí eu fiquei sabendo mais assim na clínica. (E4)

A minha mãe me explicou, o K. [profissional de saúde] também me explicou, mas só que eu lembro era essa mesmo. (E5)

As experiências de vida também serviram de ensinamentos para a saúde sexual. As diversas situações inesperadas na vida foram percebidas e utilizadas positivamente como um facilitador para a promoção da saúde sexual.

Muitas coisas, eu aprendi com meu pai, antes dele fazer o que ele fez [me estuprar] e o resto fui aprendendo na vida. Mas isso eu falo que é a partir da vida, a vida é que tá me ensinando o que é o certo e o que é o errado, entendeu? Na vida mesmo. No dia a dia. Às vezes você observa, você passa por situações que você não quer nem passar, aí você pega e aprende. (E7)

Em termos de vivência de sexualidade e independentemente do tipo de informação que seja transmitida aos jovens, é importante que as dúvidas das adolescentes sejam tiradas para que passem a ter um olhar mais crítico da realidade, filtrando os riscos e empoderando-as quanto às escolhas para a própria promoção da saúde sexual.

Desse modo, é importante que pais e educadores também se sensibilizem e compreendam que a vivência da sexualidade é uma realidade contemporânea constante entre as jovens de diferentes realidades sociais. A maior expressão e aceitação da sexualidade nos dias atuais explícita a necessidade de se dialogar essa temática dentro da sociedade, para uma concepção mais partilhada no sentido de ampliar o entendimento e seus efeitos na saúde das pessoas (CARDOSO; SILVA, 2013).

A compreensão dos comportamentos sexuais do outro permite uma relação interpessoal mais igualitária, minimizando as diferenças de poderes e riscos à saúde sexual das adolescentes. Esse elo facilita o exercício dos direitos sexuais e assegura a confiança para decisões seguras quanto à sua saúde sexual e promoção da saúde.

Apesar das influências positivas descritas acima, houve situações relatadas pelas adolescentes que não se existiam diálogos sobre saúde sexual. A morte materna e a dinâmica familiar fragilizada foram fatores que justificaram a inexistência de conversas para educação sexual.

Eu não tive nem tempo de conversar com ela [mãe] sobre o negócio de menstruar, sobre não sei o que. Porque ela morreu rápido. Eu com 11 anos, minha mãe tinha morrido. (E1)

Eu queria ter ela [mãe], na minha primeira menstruação, que eu virei mocinha, eu não tive ela do meu lado. [...] Com dez. A minha mãe foi com nove e eu fui com dez. Eu desmaiei no meio da escola, porque a minha vó não tinha me falado nada disso, eu desmaiei, depois que eu fui descobrir que isso faz parte... mas até eu botar isso na minha cabeça, eu desmaiei umas cinco vezes. (E7)

Ninguém, [da família conversou sobre saúde sexual] ninguém nunca me deu essas informações não. Por isso que eu também não gostava [de conversar sobre saúde sexual], minha mãe nunca conversou comigo a respeito sobre isso. (E2)

Não [mãe e suas irmãs não conversam sobre isso]. (E6)

Com a minha mãe não era. Porque a minha mãe é assim estressada... era assim muito estressada...então eu não tinha nem paciência de conversar com ela. (E5)

A falta de diálogo com os pais, assim como as dúvidas não esclarecidas a contento sobre a sexualidade, são fatores de risco que prejudicam a adolescente e podem levar à gravidez precoce ou DST, como HIV/Aids. Assim, o silêncio, a desinformação, a repressão, o medo e a vergonha de tratar sobre as questões da sexualidade dificultam a relação dos pais com os filhos, bem como a dos profissionais da educação e da saúde com essas adolescentes.

A falta de orientação e ausência de diálogo relativo à sexualidade no seio da família, tende a limitar as escolhas dos adolescentes e expô-las a sentimentos de vergonha e culpa, prática do sexo inseguro, gravidez precoce e indesejada e DST. Sendo assim, faz-se necessário que a família e todos que participam da vida das adolescentes tenham em mente que as informações oferecidas por meio da educação sexual visam a fornecer reflexões para que elas tenham discernimento do que é certo e errado, positivo e negativo e tenham conhecimento de medidas preventivas para promoção da saúde sexual e do autocuidado (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

O universo da adolescente deve ser analisado de forma multifacetada, no qual os grupos sociais da família, escola, amigos, serviço de saúde e mídia são fundamentais na sua formação. A percepção juvenil é formulada justamente a partir de suas diversificadas experiências cotidianas. Assim, quando se repensa a condição de vulnerabilidade, a que o adolescente está frequentemente exposto, esses ambientes têm enorme responsabilidade (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007).

4.2.2.2 Acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, parceiros, família e experiência de vida durante o abrigo

É fato que o comportamento sexual de adolescentes sofre influências de diversos fatores, tais como os: econômicos, socioculturais, religiosos e psicológicos. Tais fatores, tanto podem ser protetores como podem permitir uma maior vulnerabilidade à aquisição de DST, HIV/Aids e gravidez precoce (BRASIL, 2007c).

Compreender o conhecimento sobre a saúde sexual das adolescentes institucionalizadas representa um instrumento fundamental para aproximação das mesmas no cuidado com o corpo e, ainda, um facilitador para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde sexual. As principais temáticas da saúde sexual descritas pelas jovens se detiveram ao conhecimento de DST e métodos contraceptivos.

Na perspectiva das jovens, as DST conhecidas foram a HIV/Aids, Sífilis, Hepatite, e *Human Papiloma Virus* (HPV).

Hepatite, Aids, quendiloma [condiloma]. Ah! Conheço várias. (E1)

Sífilis, eu acho que é só essa, ah foi essa Sífilis, Aids eu já conhecia. (E2)

Sífilis. É... Aids. Ah! outros lá. Não lembro muito não. (E3)

Aids, sífilis, têm outras, mas eu esqueço o nome...é HPV, né?! Que é o nome? HPV, sei lá, mais outras, só que eu não sei o nome. (E4)

Ô, o médico falava comigo que era HIV e outra que eu esqueci que ele falava comigo. Só HIV que eu acho que eu sei. (E5)

Aids, tem várias, agora fugiu. É... tem também... não sei dizer. (E6)

Hepatite, eu acho que é, eu acho que ela também se pega. Geralmente não sei muito... Conheço mais a Aids, porque a Aids é a mais falada. Hepatite eu acho que

também é transmissível pelo sexo. Eu acho que só. Deve ter um milhão de outras que eu só sei só duas, mas o resto eu não sei não. (E7)

Acho que é só essa só que eu lembro. Aids e sífilis. (E8)

As DST elencadas pelas adolescentes são as mais comuns no que concerne o senso comum esperado na sociedade. Nos estudos de Bechara et al. (2013), Brêtas et al. (2009) e Camargo e Ferrari (2009), o conhecimento geral sobre DST foi semelhante aos identificados em nossa pesquisa. A Aids e a Sífilis foram as principais doenças apontadas.

Esta informação denota o impacto social do HIV/Aids ainda durante os tempos atuais. Dionísio, Oliveira e Caldeira (2007) destacam que o impacto que a Aids vem produzindo em todo o mundo parece ser uma evidência de esforços crescentes, empreendidos no ambiente familiar e social, para prevenção da transmissão do vírus HIV devido à estigmatização e ao medo de se adquirir a doença.

Podemos dizer que a sífilis e o HPV passaram a ser mais conhecida pela população devido à preocupação nacional e à tentativa preventiva por meio de programas/ações específicos na prevenção e redução dos casos.

Acredita-se que o HPV recebeu destaques maiores na população, e principalmente entre os jovens, quando iniciou o programa de vacinação de adolescentes femininas contra o HPV. As campanhas reforçam a importância da imunização das mesmas, haja vista o potencial risco de infecção e futuros agravos como o câncer, principalmente, de colo de útero. Esta doença é frequentemente foco de campanhas nas Unidades Básicas de Saúde e na realização do exame preventivo do câncer do colo do útero em adolescentes (BRASIL, 2006c).

Quanto à Sífilis, uma das DST mais antigas, há ações governamentais, dentre elas os exames de identificação e acompanhamento no pré-natal, visando a busca de portadoras e seus parceiros. Dessa forma, a realização de exames específicos no mapeamento de infectados pela doença no pré-natal ajudou na disseminação da informação de que é uma DST e necessita de tratamento específico.

Sabe-se que a mídia tem grande poder de influência. Não só sobre a população adulta, mas também sobre os jovens. A televisão é uma grande incentivadora e desencadeadora de todo tipo de informação, atuando como formadora de opinião. O "bombardeio" de informações e imagens da mídia induz uma aceleração do ingresso no mundo adulto quando o jovem ainda não tem orientação, estrutura emocional e psíquica para isso.

Geralmente, a programação oferecida pela televisão, em sua maioria, é composta por atrações que estimulam padrões de comportamento, quaisquer que sejam eles. O culto ao corpo, a valorização da beleza, o "corpo sarado" e escultural que homens e mulheres exibem de maneira insinuante, passando o indivíduo a ser visto como objeto são exemplos do poder influenciador nas atitudes da população.

Novelas, seriados e filmes com conteúdos adultos muitas vezes são exibidos em horários impróprios ao público mais jovem como crianças e adolescentes. Esses últimos são profundamente afetados pelo estímulo visual, como cenas de insinuação de relacionamento sexual, sexo descartável, carícias e corpos nus, o que desperta a sua sexualidade de maneira precoce. Isso não significa que o jovem esteja passivo diante dessa situação, apenas absorvendo o conteúdo transmitido. Entretanto, não podemos negar que a possibilidade de uma leitura crítica e de uma transformação do conteúdo recebido não é facilitada, considerando-se a massificação de informações transmitidas pela televisão (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

As mesmas autoras acima pontuam que os adolescentes não acreditam no papel dominador da mídia sobre o comportamento das pessoas, tendo apenas a função de informar. Contudo, contraditoriamente reconhecem que os meios de comunicação são capazes de influenciar o comportamento, mas que isso depende de cada pessoa e que é importante desenvolver um pensamento crítico, quanto à realidade cotidiana e o que se mostra na mídia.

Tendo em vista seu efeito negativo na sociedade, podemos dizer que a mídia é ainda uma das melhores formas de estimular a interação do público com a informação veiculada, pois expõe experiências e anseios individuais, além de contextualizar e favorecer a criação de mecanismos de identificação. Nesse contexto, a divulgação de informações pelos meios de comunicação de massa tem sido uma aliada como fator auxiliar importante aos órgãos públicos e privados, uma vez que, mantendo os temas de saúde em pauta, consegue atingir parte da população (MONTEIRO, R.; MONTEIRO, D., 2005).

A mídia vem cumprindo papel importante na prevenção da Aids, de outras DST e da gravidez, permitindo práticas sexuais mais seguras, destacando a eficiência do método na tentativa de convencer a população a incorporá-la em suas atividades sexuais, visando atingir cada vez mais a população jovem, uma vez que ela é disseminadora de hábitos e de informações para as gerações futuras (OLIVEIRA et al., 2009).

Cabe ressaltar que, geralmente, ao abordar assuntos sobre saúde sexual, ela demonstra preocupação apenas com a informação sobre as DST de maior gravidade. Como consequência, a Aids ganhou um maior destaque, sendo considerada referência quando se fala

em DST, mas também estigmatizada como a doença com mais casos de morte. Dessa maneira, a mídia tem um efeito formador de opinião no processo de saúde da população, gerando sentimentos, valores e comportamentos específicos a uma dada doença (MONTEIRO, R.; MONTEIRO, D., 2005).

Contrariando os efeitos positivos dos modernos meios de comunicação, percebe-se uma lacuna de informação entre os adolescentes acerca das formas de prevenção das DST e dos métodos anticoncepcionais, assim como a existência de crenças que são transmitidas e mantidas pelo seu grupo social.

Oliveira et al. (2009) destacam que se deve considerar que as informações acessadas pelos adolescentes não são aderentes à cultura e aos valores do seu grupo social, e à construção social que trazem da realidade, e nem atendem às exigências e demandas do perfil de personalidade e subjetividade do grupo desta faixa etária, que se encontra em franco processo de desenvolvimento.

Apesar da ampla divulgação sobre as formas de prevenção das DST/Aids desenvolvida no Brasil, muitos jovens ainda não adotam tais práticas, o que aponta uma dissociação entre o acesso à informação e a transformação desse saber em práticas no cotidiano dos adolescentes. Para que essa dissociação diminua, faz-se necessário o acesso à informação efetiva para que seja possível a aquisição de comportamentos favoráveis à promoção de sua saúde, inclusive em sua dimensão sexual e reprodutiva (OLIVEIRA et al., 2009).

É importante destacar que os veículos de comunicação estão inseridos nesse panorama de combate à doença, contribuindo com a veracidade da notícia sobre ela. No entanto, para cumprir com a tarefa de instruir e orientar os adolescentes sobre saúde sexual, a mídia deve ampliar a sua abordagem sobre outros assuntos da saúde sexual, como a apropriação do corpo, o prazer feminino, prática sexual segura e consentida e violência nas relações afetivas.

Em relação aos métodos anticoncepcionais conhecidos pelas jovens, os principais pontuados e discutidos na anteriormente nas práticas sexuais, foram camisinha masculina, o hormônio injetável, pílula anticoncepcional, DIU e camisinha feminina.

[Além do hormônio injetável e a camisinha] têm o, ah eu esqueci o nome, o diafragma, e a camisinha de mulher. (E2)

O DIU, a camisinha, o ... é... Diu, não! Eu já falei. DIU, camisinha... aquele negócio assim grandão? Diafragma! Que a tia já falou. Tem um negócio também injetável lá que ela mostrou um negocinho marrom. Que mais... e... acho que só. E a camisinha feminina! E o comprimido né. Esqueci. (E3)

O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais é um tema importante, especialmente na adolescência, uma vez que previne não só uma gravidez indesejada como também evita que o jovem se exponha às DST e à Aids, podendo vivenciar o sexo de maneira saudável e sem riscos.

Esses métodos também não destoam dos dados referentes ao conhecimento de DST, onde o nível de conhecimento sobre os métodos aparece como uma informação superficial sem quaisquer desdobramentos e aprofundamentos. Para essas jovens, em muitos casos, o papel atribuído ao método anticoncepcional é de meramente uso ou não do mesmo.

Igualmente ao conhecimento apresentado pelas adolescentes, no estudo de Santos e Nogueira (2009), observou-se que, em relação ao conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos, o anticoncepcional oral (94,2%) e a camisinha (91,7%), respectivamente, são os mais conhecidos e usados. Também apareceu semelhante nas pesquisas de Bechara et al. (2013) e Brêtas et al. (2009), cujo conhecimento dos métodos anticoncepcionais pelos adolescentes para evitar as DST e gravidez não planejada se relacionou principalmente na citação do preservativo masculino. Bechara et al. (2013) ressaltaram que, apesar de haver o conhecimento da existência do método, isso não necessariamente significa a sua utilização na prática sexual cotidiana.

As informações adquiridas sobre a saúde sexual e o acesso a serviços de saúde com distribuição de métodos anticoncepcionais foram apontadas como um facilitador na manutenção da saúde sexual das adolescentes. Para essas jovens, as informações adquiridas interferem nas escolhas dos métodos anticoncepcionais e, conseqüentemente, nos comportamentos referentes à prática sexual das mesmas. Isso pode ser observado no discurso de uma das adolescentes.

Porque os outros remédios mexem com o peito e secam o leite, foi o que ela [médica] falou. (...) A educadora do abrigo falou que a colega dela morreu de DIU com câncer. Só que a médica falou que nunca viu isso. (...) Não tô comendo muito! Mas mesmo assim estou gorda. Ela falou que é porque essa injeção não menstrua. Por isso. A injeção corta a menstruação. (...) Só que a médica falou que quando liga, às vezes têm pessoas que mais lá pra frente quer ter filhos e não pode. E tem que pagar mais não sei quanto pra botar de novo. Pra ter filho. Depois disso tem que fazer tratamento. (E1)

Estes discursos também apareceram no período antes do acolhimento e faz-nos refletir quantas informações sobre saúde sexual as adolescentes receberam durante toda a vida. Os diversos conhecimentos adquiridos sofrem constantes modificações a cada nova inter-relação

e por isso poderão gerar diversas dúvidas sobre qual comportamento adequado seguir no tocante a sua saúde sexual.

Na obtenção de resultados satisfatórios quanto à promoção da saúde sexual, deve-se reconhecer que as informações veiculadas por campanhas educativas - televisivas, radiofônicas e/ou visuais, bem como com os demais meios – não geram, solitariamente, ações de prevenção de doenças; e nem permitem substancialmente um processo de empoderamento, de modo que as adolescentes diminuam o seu grau de vulnerabilidade diante das DST/Aids. É necessário mais do que campanhas, mas ações e soluções criativas, problematizadoras, que favoreçam a apreensão da importância da prevenção (OLIVEIRA et al., 2009).

Algumas informações são aproximadas às adolescentes repletas de valores e morais, experiências positivas e negativas como verdades absolutas, podendo estar corretas ou incorretas. Para que essas adolescentes consigam decidir o melhor para si, é fundamental um trabalho sobre desmistificação das crenças, mitos e tabus relacionados à saúde sexual.

Torna-se também necessária a discussão acerca da elaboração e da disponibilização de informações, de modo que os investimentos governamentais e as ações institucionais e profissionais tenham impacto no cotidiano dos adolescentes, em que pese suas vulnerabilidades. Nesse sentido, ao se dialogar sobre estas questões, haverá a possibilidade de crescimento intelectual para escolhas mais críticas e reflexivas quanto à própria promoção da saúde, e mudanças de comportamento e atitudes nas práticas sexuais.

Os centros de acolhimentos podem ser considerados espaços ricos de intervenções na saúde sexual das adolescentes. A aliança entre instituições de acolhimento e serviços de saúde favorecem significativamente na manutenção da saúde das jovens. A participação dos profissionais do posto de saúde/ ESF e de instituições de ensino funcionam como interessantes propagadores de saúde sexual àquelas em situação mais desfavoráveis.

Nos discursos das jovens, observa-se a participação dos profissionais de saúde junto às adolescentes entrevistadas, e demonstra que as próprias adolescentes se mostram preocupadas com a prevenção da gravidez, buscando a indicação/início de uso de métodos contraceptivos.

Aí foi, fui no posto. Aí como eu tinha que tomar logo ela falou assim: “Você quer logo começar a tomar a injeção?” Aí eu falei: Quero. Aí foi e eu comecei a tomar. (E3)

Ah, uma médica que vem aqui [indicou hormônio injetável]. Aí falei pra ela que queria dar um tempo [no uso do hormônio injetável]. Ela [a médica] falou que não! Porque no começo a menstruação fica desregulada. Aí agora parou de vez. (E1)

A necessidade do uso de um método anticoncepcional condicionou a adolescente a procurar um serviço de saúde, e lá ofereceram o hormônio injetável. No outro discurso, a indução de um determinado método anticoncepcional e o desejo da jovem em suspender seu uso geraram uma situação de conflito. Isto pode ser explicado pelo desconhecimento da jovem sobre o efeito do hormônio injetável em seu corpo e a intervenção da profissional de saúde no comportamento da adolescente. Em uma análise mais aprofundada, retrata a violação do direito sexual da adolescente por parte do profissional de saúde e o desconhecimento da jovem sobre sua autonomia no exercício da própria saúde sexual.

Cabe destacar que a oferta de um método anticoncepcional deve considerar o aceite da pessoa e a possibilidade de desistência quando a mesma desejar. Explicar todos os métodos, seu uso e efeitos no corpo são elementos indispensáveis na atuação do profissional de saúde ao indicar um método para as adolescentes. Outra questão evidenciada foi anulação do desejo do outro. Negar a vontade da jovem sem dar oportunidades de diálogo e outras escolhas é um ato imperativo e de violência simbólica da profissional de saúde contra a adolescente.

A escolha dos métodos contraceptivos é influenciada pelos profissionais de saúde, mas na maioria dos casos o critério mais utilizado é a praticidade. Além disso, muitas usuárias abandonam ou trocam o anticoncepcional por não se adaptarem ou pelo aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis (ALVES, 2007).

O conhecimento adequado sobre os diversos métodos anticoncepcionais pode ser de grande importância para que os indivíduos façam sua escolha, adequando-a ao seu comportamento sexual e às suas condições socioeconômicas e sanitárias, além de facilitar o uso correto dos mesmos. Vale ressaltar que este conhecimento está diretamente relacionado à prevenção da gravidez indesejada, da mortalidade materna, do aborto provocado, e de outros agravos à saúde relacionados à morbimortalidade em idade reprodutiva (ALVES; LOPES, 2007).

O conhecimento adequado sobre os diversos métodos anticoncepcionais pode ser de grande importância para que os indivíduos façam sua escolha, adequando-a ao seu comportamento sexual e às suas condições socioeconômicas e sanitárias, além de facilitar o uso correto dos mesmos. Vale ressaltar que este conhecimento está diretamente relacionado à prevenção da gravidez indesejada, da mortalidade materna, do aborto provocado, e de outros agravos à saúde relacionados à morbimortalidade em idade reprodutiva (VIEIRA et al., 2002).

Para que a opção por um método seja livre e informada, além da variedade, também é necessário ter um número suficiente a ser oferecido, levando-se em conta as características intrínsecas de cada pessoa e a demanda local. Além disso, é relevante também a informação

científica que lhes é dada acerca dos métodos anticoncepcionais disponíveis, inclusive as contraindicações gerais e situações próprias de cada indivíduo, que poderiam levar a considerar determinados métodos anticoncepcionais como mais ou menos adequados para essa pessoa (OSIS, 2011). Promover o acesso a tais informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes da promoção da saúde sexual.

Assim, atuar de forma humanizada e sem níveis de poder sobre o outro, isto é, um nível de igualdade entre profissional de saúde e clientela, torna-se possível um espaço de melhor aproveitamento dos recursos oferecidos e o fortalecimento de vínculos entre população e serviços de saúde para a realização de promoção de saúde sexual ideal.

Espera-se que os profissionais estejam aptos a informar, educar e esclarecer a população quanto aos métodos anticoncepcionais. Para exercerem essa função educativa, é necessário que haja uma transmissão de conhecimento por meio de um mecanismo de comunicação que facilite a compreensão e estimule a sua prática (ARAÚJO; PINTO, 2009).

Dessa forma, a formação de vínculos entre adolescentes e profissionais de saúde contribui para locais/pessoas de referências acerca da saúde sexual. Nos discursos das participantes, a enfermeira e o médico foram os principais profissionais referenciados no processo de sanar dúvidas.

Com a tia [enfermeira]. (E3)

Eu geralmente, o ginecologista tira as dúvidas de sexo, aí de saúde no abrigo na dúvida eu pergunto às enfermeiras ou alguém que entenda essas coisas que eu falei. (...) Agora que eu sei onde eu posso procurar para tirar minhas dúvidas no posto de saúde né. (E2)

Geralmente, quando é mais pro sexo, assim com a ginecologista. (E7)

Ao criarem ambientes mais aconchegantes e humanizados, estes profissionais rompem barreiras com as jovens e motivam-as a participarem, mais assiduamente, dos programas e atividades sobre saúde sexual. Dessa maneira, estes profissionais tornam-se agentes de referência para a promoção da saúde possibilitando mais reflexão sobre a sexualidade, estímulo à autonomia e exercício dos próprios direitos sexuais.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) atende a família como linha de cuidado em seu ciclo vital, podendo assim privilegiar a saúde da adolescente inserida nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais. Nessa estratégia, a atuação dos profissionais de saúde tem suas ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência,

sendo as duas primeiras de maior relevância no processo de cuidar/cuidado, que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SANTOS et al., 2012).

Outra observação relevante é o trabalho que a enfermagem realiza dentro da instituição de acolhimento. Por meio de um convênio estabelecido entre a Faculdade de Enfermagem e a Secretaria Municipal de Assistência Social, via projeto de ensino e extensão, são desenvolvidas ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva dessas jovens adolescentes.

Nas instituições de acolhimento em geral, não há um profissional de enfermagem compondo o grupo básico efetivo de profissionais da instituição. No entanto, a valorização do trabalho da enfermeira/docente – e dos acadêmicos de enfermagem – pelas adolescentes institucionalizadas da instituição investigada, com ações de caráter educativo na saúde sexual, transformam-na em mais uma integrante do grupo dos profissionais do abrigo responsável pelo desenvolvimento social dessas jovens e também uma pessoa de referência para a sua promoção da saúde sexual.

Para o desenvolvimento de ações intersetoriais entre saúde e educação, com vistas à promoção da saúde sexual das adolescentes, entendemos que o profissional enfermeiro exerce forte influência para a articulação dessas atividades. Os profissionais da saúde, mais especificamente o enfermeiro, buscam alternativas para atender, abordar e envolver os adolescentes em relação aos cuidados de saúde, visando empoderá-las para uma efetiva promoção em saúde sexual (SILVA et al., 2012).

Além da enfermeira, esporadicamente, há também, a presença de profissionais de saúde externos que realizam atividades de promoção da saúde e de saúde sexual por meio de projetos de extensão também da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Faz palestra, várias coisas. Aí, às vezes ela também vem aqui. Quando tem alguma coisa grave, aí ela vem aqui. Ela dá palestra. Pra todo mundo. Dentro do morro. Quer ligar mãe que tem muitos filhos. Aí ela vai e faz a palestra (E1)

Tinha o Clinisex, que ela vinha aqui, mas parou. Lá no Pedro Ernesto, que ela vinha com uma mulher. (E3)

Ao se considerar a promoção da saúde sexual na instituição, as adolescentes apontaram a enfermeira como a profissional de saúde responsável pelas atividades de saúde sexual por meio de diálogos e debates.

Só ela [enfermeira] que fala sobre o negócio das doenças e vem às vezes dar palestras. (E1)

Só com a tia [enfermeira]. Ah, ela traz várias coisas de doença. Explica cada doença. Aí fala como que a gente tem que se proteger. Ah, fala várias coisas. (E3)

Eu perguntei a ela [sobre corrimento] e ela me explicou como que pode ser causada essa doença. (E2)

Aí a gente tem aula de sexo, a gente fala, conversa, debate também, a gente aprende tudo de doença... dessas coisas. (E6)

A atuação do enfermeiro é de substancial relevância nas instituições de acolhimento. O seu potencial educador justifica-se pela formação que o capacita a compreender as particularidades de cada indivíduo e promover ações de cuidado, e por permitir assumir importante papel como membro essencial de equipes multiprofissionais.

Neste momento de transição, a enfermeira é uma das profissionais de saúde habilitada para desenvolver ações de educação em saúde; portanto, poderá planejar e implementar ações que favoreçam a saúde sexual das adolescentes. Esta profissional poderá assistir e cuidar das adolescentes pelo aconselhamento, troca de ideias, esclarecimentos e ações que possam prevenir problemas de saúde, tornando a sexualidade na adolescência mais saudável, segura e harmoniosa (ALMEIDA; CENTA, 2009).

É fundamental intensificar as ações educativas, em particular, sobre a sexualidade e a prevenção de DST e gravidez na adolescência, por meio de grupos de adolescentes e de conversações diretas com os jovens e a comunidade, a fim de reduzir este fenômeno e, conseqüentemente, contribuir para a promoção da saúde sexual da adolescente.

O processo educativo na promoção da saúde das adolescentes deve ser sistemático e pode colaborar para a tomada de decisão, tanto individual quanto coletivamente, na perspectiva de uma vida saudável. Significa dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária. As ações devem ser instigantes, criativas, motivadoras e inovadoras, capazes de estimular o adolescente a participar do processo educativo (GURGEL et al., 2010).

Promover grupos de adolescentes é um caminho para o desenvolvimento de atitudes e habilidades, por constituir um espaço acolhedor, uma forma privilegiada de convivência com outros adolescentes; por propiciar o desenvolvimento de atitudes de respeito, solidariedade, desinibição; além de favorecer maior reflexão sobre os assuntos discutidos, facilitando o entendimento, troca de experiências, mudanças comportamentais, comunicação, negociação e promoção de saúde (GURGEL et al., 2010).

Dentre os desafios que o enfermeiro enquanto educador em saúde enfrenta para a redução das taxas infecção de DST/Aids entre os adolescentes, tem-se o empoderamento desses sujeitos ao comportamento sexual seguro com vistas a minimizar os riscos dessa população às DST/Aids (LUNA et al., 2012). O enfoque de desenvolvimento do adolescente deve ser visto além de uma ascensão ou passagem da fase de criança à adulta, mas como promoção do desenvolvimento de atitudes e habilidades, por meio do protagonismo juvenil e "empoderamento". Quando as suas potencialidades são estimuladas, há um fortalecimento da autoestima, da assertividade e da construção do projeto de vida, possibilitando escolhas e decisões de forma consciente (GURGEL et al., 2010).

Os profissionais de saúde informam constantemente às adolescentes, temáticas sobre a promoção da saúde sexual no posto de saúde. As principais informações adquiridas foram a importância do uso de métodos anticoncepcionais e a prevenção de DST e agravos a saúde.

Ah! Conversava um montão de coisa, tem coisa que nem lembro, falava tanta coisa. Ele conversava para que depois que eu tivesse o neném para se cuidar. Usar a camisinha, beber remédio. Falava comigo. (E5)

Não, ela [profissional de saúde] tava falando como se prevenir, que eu tinha que usar camisinha, que a camisinha também pode estourar, têm remédios que tomam, têm vários tipos de preventivo, que bota, que tem camisinha de mulher, que tem camisinha de homem, que têm remédios que tomam quando está com as doenças, são muitas doenças que tem como pegar. (E6)

A concepção de saúde e promoção da saúde, como um novo paradigma, fundamenta a estratégia de educação em saúde, propiciando melhor reflexão, planejamento, implementação e avaliação das atividades educativas, não só das enfermeiras, como também de toda a equipe da ESF e demais profissionais, que utilizam a Educação em Saúde como ferramenta de trabalho (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

Essa nova perspectiva, associada à da promoção da saúde, torna-se mais ampla quando se consideram a capacitação e a qualificação de pessoas, tendo como resposta a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a formação de uma consciência crítica. Portanto, a educação em saúde expressa o encontro entre serviço e clientela, na superação da fragmentação, e integra novamente o ser humano em toda a sua dimensão (GURGEL et al., 2010).

Como serviços ofertados pelas unidades de saúde, as adolescentes apontaram a realização de planejamento familiar, pré-natal e exames ginecológicos e a distribuição de métodos contraceptivos.

Resultado interessante que garantiu o acesso, não apenas à saúde sexual, mas reprodutiva, foi a oferta de serviços de saúde por meio do convite e a participação da adolescente no planejamento familiar.

E lá eles [profissionais de saúde do pré-natal] me encaminharam para o planejamento familiar. Ah, eu tenho acho que mês que vem o planejamento familiar. Eu aceitei. A moça lá do planejamento familiar, eu fui saber o que que era isso, aí eu fui. (E2)

É. [o posto de saúde] Sempre ofereceu. (E3)

Eles me indicaram, deram o papelzinho e falaram para eu ir e marcaram. Perguntaram se eu sabia o que era planejamento familiar, perguntaram se eu tava interessada em fazer, eu não sabia o que era, mas falei que tava interessada em fazer. (E4)

O planejamento familiar pode ser definido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996a). No entanto, a atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também assegurar outras atividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das DTS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e drogas ilícitas (BRASIL, 2013; PORTUGAL, 2009).

As influências apontadas pelas jovens consistiam em maior compreensão sobre temáticas relacionadas ao corpo feminino, à saúde sexual e aos comportamentos adequados na prática sexual.

No posto [recebo métodos anticoncepcionais]. (E3)

Ah! Sim, na família... aí esqueci... no planejamento familiar. Falaram sobre as doenças e falaram sobre os pre... aquelas coisas de se prevenir, falaram sobre o DIU e o diafragma e outras coisas; tem a injeção, o comprimido, tem o adesivo também, que eu nem sei o que é mais, é um adesivo aí. [...] Sim... eles tiveram a primeira reunião...elas falaram sobre o modo de se prevenir. Aí na outra reunião falamos sobre as doenças e mandaram a gente escolher um modo de se prevenir, porque depois que a gente ficasse grávida, e pegasse neném, a gente ia poder ir lá buscar. (E4)

Bom, no começo eu aprendi coisas, que tipo assim, eu já sabia, mas não muitas. No planejamento familiar [aprendi sobre métodos contraceptivos] (...) coisas que eu já sabia. Como que funciona a mulher por dentro, né. Aí eu tive também que, como se chama o nosso útero, que ele se hidrata para receber o neném. Umás coisas lá pra segurar o neném, pra segurar o neném não, pra segurar o ovário, isso que eu não sabia. Ah, falou como que se deve usar a camisinha, isso eu já sabia, camisinha de homem, só não sabia como usar o diafragma. Falou também da camisinha da mulher, que eu não sabia como se usa, também falou das injeções que como se fala,

não protegem de nenhuma doença. É, falou da pílula do dia seguinte, que não pode, tipo assim, usar ela, semanalmente, é mensalmente, por causa que não é uma coisa para se tomar todos os meses, todos os dias depois que coisa, só. (E2)

Em consonância com os dados aqui apresentados sobre as informações adquiridas nos serviços de saúde pelas adolescentes, encontramos no estudo de Luna et al. (2012) que imagem, corpo, prazer e DST/Aids, comportamento/práticas sexuais - sexo anal, oral e vaginal -, conhecimentos específicos sobre as formas de infecção, mitos e verdade acerca da sexualidade, uso do preservativo feminino/masculino, gravidez na adolescência; e sexo, sexualidade e métodos contraceptivos foram os temas mais discutidos nas estratégias educativas entre adolescentes.

É possível perceber que é unânime a busca de informações sobre a sexualidade no período da adolescência. Questões presentes no cotidiano das adolescentes suscitam curiosidade, dúvidas e receios quanto à segurança na saúde sexual. Com isso, temáticas que venham esclarecer e potencializar a promoção da saúde sexual garantindo direitos e ações mais empoderadas entre as jovens são medidas promissora para reduzir as vulnerabilidades sexuais e garantir o bem estar deste grupo.

Além disso, a distribuição de métodos contraceptivos no posto e o recebimento de informações sobre métodos anticoncepcionais e DST, durante o planejamento familiar, conferem locais facilitadores e promotores de saúde sexual e encontram-se de acordo com a Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999) e Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/Aids, entre Mulheres (BRASIL, 2003), que preveem o acesso à rede de saúde e aos insumos e serviços de prevenção as DST/Aids tais como a distribuição gratuita de preservativos e acessibilidade de informações e tratamentos referentes às DST para a população.

Durante o período de acolhimento, as adolescentes disseram realizar exames para identificação de problemas ginecológicos.

Não, não tem nenhum mês que eu fui. Porque às vezes vem pessoa aqui... a gente faz Clinisex aqui também, eu faço direto exame, eu fiz duas vezes ultrassom... ultravaginal. Então não deu nada. Eu fiz preventivo também. Já fiz todos os exames. Todos os exames assim e não deu nada. Não faz nem um mês que eu fiz os exames, porque eu tava sentindo uma dor na barriga, aí depois que apareceu tudo, era verme, aí depois que eu fiz a ultrassom não deu nada. [...] Eu acho que já fiz preventivo umas duas vezes, aí ela falou que tava tudo normal que não tinha mais nada. (E6)

Mas eu sempre gosto uma vez no mês, porque eu preciso saber como é que tá, se eu preciso de algum remédio, eu gosto de fazer aquele... teste urinário, fazer tudo, eu tenho aquele negócio... preservativo. É, preventivo [risos]. Uma vez esse negócio doeu. Preventivo aí tem que tirar o exame, pra ver se eu acho... (E7)

A institucionalização foi considerada um ambiente facilitador para acesso de informações sobre saúde sexual e métodos anticoncepcionais e estimulante na mudança de comportamento da adolescente. Uma das participantes referiu que só foi neste espaço que começou a cuidar de sua saúde participando de atividades sobre saúde sexual e procurando os serviços de saúde.

Tudo que eu tô fazendo é agora [no abrigo]. (E2)

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é, e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite detecção do HPV e outras DST, assim como reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. Essa medida visa garantir o estado de saúde sexual adequado da adolescente e incentivá-la à procura periódica de serviços de saúde para conhecimento e manutenção de sua saúde (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Apesar de a maioria ter apontado vergonha em falar sobre saúde sexual, os diálogos sobre saúde sexual mostraram-se também presentes durante o abrigamento. Conversas com o namorado, amigas e pessoas de confiança influenciam na construção da promoção da saúde sexual da jovem.

Só com o J. [seu namorado]. (E3)

[Risos] a gente tenta do jeito que dá, a gente tenta, a gente explica uma pra outra. (E8)

Eu converso com as minhas colegas. (E5)

[As informações] eu vou tirando com as pessoas que eu confio, que eu tenho confiança. Adulto que eu tenho confiança no assunto. (E7)

Pode-se considerar que, na adolescência, há uma maior aproximação e valorização do grupo de iguais - adolescentes e parceiros -; assim, é nesse ambiente que existem trocas de informações e experiências sobre sexualidade e contracepção (STEINBERG, 2010).

É possível perceber que os adolescentes se sentem mais à vontade ao conversar com amigos e parceiros e, muitas vezes, diante da falta de diálogo em casa, eles passam a ser a fonte de informação mais acessível. Diante desse contexto fica evidente que os próprios jovens podem contribuir com o processo de viver saudável de seus colegas, “pois é indispensável reconhecer que o jovem é detentor de saberes e práticas que devem ser

respeitadas e valorizadas na construção do conhecimento”. Esta contribuição dos jovens pode se tornar uma realidade quando se desenvolvem projetos com a intenção de formar adolescentes multiplicadores, que ao mesmo tempo são beneficiários e protagonistas da ação (BRASIL, 2006b).

Moura et al. (2011) explicam que, apesar dos diálogos entre os amigos ajudarem no desenvolvimento tanto de conhecimento e experiências das adolescentes, a troca de informações sobre o tema entre amigas pode ser um fator de vulnerabilidade para as adolescentes. As informações repassadas pelas amigas podem começar de forma interessante, adquirindo novos conhecimentos e experiências; no entanto, podem partir para reproduções de comportamentos de riscos - práticas sexuais desprotegidas, redução da autonomia sexual, reforço das desigualdades de gênero - comprometendo a saúde sexual.

Dias, Matos e Gonçalves (2007) também observam que os pares influenciam de maneira significativa no comportamento sexual dos jovens, podendo essa influência ser negativa, como, por exemplo, na situação de pressão para ter a primeira relação sexual ou a prática sexual desprotegida. Dias, Matos e Gonçalves (2007) e Steinberg (2010) lembram que os adolescentes são cognitivamente imaturos para antecipar as consequências de seus atos, além de serem impulsivos, o que pode aumentar o risco de relação sexual desprotegida ou uso errado dos métodos contraceptivos, quando os amigos e parceiros são os informantes.

Nesta subcategoria é importante destacar as interferências presentes na vida sexual dessas adolescentes a partir de sua inserção na instituição de acolhimento. Há uma enorme participação dos profissionais do centro de acolhimento, principalmente, os educadores nas orientações de promoção da saúde sexual.

Podemos salientar que existem fatores promotores, isto é, condições que podem deixar o terreno fértil para o desenvolvimento da adolescente. Flach (1991) discute ambientes facilitadores, que teriam regras e funcionamento coerentes e flexíveis, respeito, reconhecimento, garantia de privacidade, tolerância às mudanças, limites claros, empatia, comunicação aberta, tolerância aos conflitos, sentimento de comunidade.

Nas instituições de acolhimentos, isso acontece quando existe a possibilidade da adolescente estabelecer relações afetivas com os adultos que cuidam dela e com seus pares; há valorização e incentivo para agir, a interagir com o meio, a buscar soluções para seus problemas e desafios a serem superados; existem atividades culturais que promovam o desenvolvimento de um repertório de expressão; e, principalmente, quando é incentivada a fazer planos para o seu futuro, a passar por sonhos e a construir caminhos para realizá-los (FLASH, 1991).

Os abrigos são compostos por profissionais que desempenham funções educativas, independentemente de sua especialização. Os educadores – profissionais de nível médio – assumem uma posição de referência para as adolescentes acolhidas (PENNA et al., 2012).

O educador torna-se uma figura de referência nos diálogos de saúde sexual, contribuindo na construção de conceitos referentes à sexualidade bem como na explicação de dúvidas. A confiança permite uma maior aproximação na relação interpessoal e se estabelece por meio de conversas sólidas e agradáveis.

[...] Ou senão eu pergunto a algum educador [Caso tenha dúvida]. Com alguma educadora eu pergunto [...] às vezes com a ti... com a educadora que as vezes nós fica conversando. Só com umas pessoas também que eu falo. Que eu confio, aí eu vou lá e pergunto alguma coisa. (E3)

Aí geralmente só converso mesmo com as educadoras mulheres, geralmente os educadores também conversam com a gente. (E6)

Foi só com essa tia velhinha mesmo. Porque ela vinha conversar sobre esse negócio, pra abrir essas coisas, dar palestra de doença... aí fui e conversei com ela. (E1)

Eu falei para o educador que eu tinha tomado remédio [pílula anticoncepcional], aí ele falou deve ser normal [parar de menstruar]. (E4)

Uma das responsabilidades básicas dos educadores, que trabalham com as adolescentes institucionalizadas, é manter ou resgatar os vínculos afetivos, de modo a proporcionar oportunidades que levem as adolescentes a aprender e pensar com a própria experiência e a das demais adolescentes, com vistas a resgatar a confiança em sua capacidade em enfrentar os desafios que certamente encontrarão durante o processo de reintegração. Apesar dessas ações de promoção da saúde sexual não serem fundamentadas cientificamente, percebe-se que os educadores mantêm uma relação baseada no diálogo com as adolescentes, a fim de ajudá-las na construção de uma nova forma de ver e estar no mundo (PENNA et al., 2012).

A indicação de um método anticoncepcional pelos educadores também surgiu nas falas das participantes. A indicação do hormônio injetável e a participação do educador no processo de inserção do DIU demonstra a figura ativa do educador nas escolhas dos métodos anticoncepcionais das adolescentes.

Ah! A educadora. Uma moça que era daqui. Uma bem velhinha. Acho que até já morreu. Ela foi e falou pra mim [usar DIU]. Aí o filho dela trabalhava aqui. Aí fomos, conversamos. Conversamos com a assistente social. O juiz liberou isso aqui, aí fui e botei [DIU]. (E1)

Ela [educadora] falou que era melhor eu tomar injetável. (E6)

Durante a convivência com essas adolescentes, os educadores passam a conhecer as raízes histórico-culturais do comportamento das adolescentes. Compreender as questões que as cercam parece ser um caminho a ser trabalhadas por esses profissionais, principalmente adotando medidas como a indicação de métodos contraceptivos objetivando favorecer as jovens, mudanças de atitudes que promovam uma saúde sexual saudável (PENNA et al., 2009).

Outra ação dos educadores no que concerne à promoção da saúde sexual das adolescentes institucionalizadas foi o incentivo à marcação de consultas e realização de exames, e ainda conselhos sobre prevenção de DST e gravidez.

Antes eu... como é... antes de eu me perder, a tia F. [educadora] tava conversando comigo sobre o comprimido. Pra eu fazer o negócio... como é o nome...aquele negócio tipo de ginecologista? Preventivo, isso preventivo. Ela perguntou que se eu queria fazer preventivo. Aí assim que eu me perdesse para eu falar com ela e... pra eu conversar com ela e começar a tomar o remédio, mas aí quando eu fui falar, já sabia que tava grávida e não falei. [...] Tinha, às vezes as professoras, ou... as educadoras pedia para nós marca, ficava falando para nós marca, que isso era bom, que não sei o que. Falaram sobre... mas só falaram sobre o comprimido e a injeção. (E4)

Eu fui e tive com ele [primeira relação sexual com o parceiro]. E a primeira pessoa que eu contei foi a educadora, aí a educadora conversa comigo assim, conversa como se prevenir, praticamente as educadoras que dão conselhos pra gente sobre doenças assim. (E6)

Eles [os profissionais do abrigo] iam lá, marcavam médico pra gente. Nós ia no médico. Na São Martins. Eu vou. Dia 25 agora eu tenho ginecologista. (E1)

Os profissionais da instituição de acolhimento desempenham um papel voltado para a reinserção social e promoção da saúde da adolescente institucionalizadas. Basicamente, enfatizam a prevenção de DST, múltiplas gravidezes. Quando o profissional propõe mostrar à adolescente outra forma de inserção na sociedade, está concedendo uma oportunidade para que ela compreenda e transforme sua realidade (PENNA et al., 2010, 2012).

Podemos dizer que para essas jovens, os centros de acolhimentos caracterizam-se como um espaço onde as diversas inter-relações pessoais produzem uma visão positiva e negativa do que venha a ser um lugar ideal para elas.

Como uma das questões positivas emergidas, foi a instituição ser considerada um espaço facilitador para marcação de consultas e exames para as adolescentes, onde a atenção da saúde sexual das adolescentes surge como uma das inquietações do acolhimento. Ao se conhecer a instituição de acolhimento como um promotor de saúde sexual e reforçar que

dentro do ambiente familiar era inexistente esse tipo de preocupação, reafirma o papel positivo de interventor do acolhimento na vida sexual das adolescentes.

Teve uma época lá que todo mundo [adolescentes do abrigo] fez exame de sífilis, de Aids e ... qual foi o nome do outro que eu falei? Do HPV. Lá em cima, aí todo mundo fez. (E4)

Aí o ginecologista eles vão marcar ainda. Ainda não marcaram não... Fui no médico estes dias aí...aí eu tenho médico dia 30, dia 24, 30 e 03 de agosto. (E8)

Eles oferecem [atividades de promoção da saúde sexual] Acho, porque se eu tivesse em casa eu também não ia tá fazendo nada disso, não ia, porque eu não saía de dentro de casa. (E2)

Para as adolescentes, as atividades de promoção da saúde sexual realizadas pela enfermeira foram percebidas como ações positivas, chegando ao extremo de ser explicitado sentimento de falta quando não há atividades de promoção da saúde sexual.

Apesar de se observar efeitos positivos das atividades de promoção da saúde na instituição, identificou-se adesão parcial de outras adolescentes nas reuniões com a enfermeira, configurando que ainda há uma reduzida compreensão da importância de se conhecer o próprio corpo, de exercer sua sexualidade saudavelmente e tomar decisões conscientes das potenciais vulnerabilidades na saúde sexual.

Eu acho! (E1)

Seria interessante pra mim. (E8)

Acho legal. Tinha coisas que eu nem sabia lá. Horrível. Nojenta. E ela mostrava pra gente. (E3)

Mas não é todos os jovens que participam, é só os jovens que querem, né, mas é interessante quando têm essas palestras aqui. [...] Eu gosto. (E2)

Eu sinto um pouco [de falta das atividades de promoção da saúde sexual]. (E4)

Outra característica concebida a esse espaço foi o seu papel disciplinador. A responsabilização das próprias ações e atividades/ ocupação foi considerada positivas para o crescimento do indivíduo.

Outra coisa, aqui elas [educadoras] ligam pras outras adolescentes e oferecem uma coisa chamada responsabilidade, quando os estágios saem daqui para seus estágios é responsabilidade, se eles faltam, é falta de responsabilidades deles, entendeu? Quando a gente vai pra escola, é uma responsabilidade nossa, com as nossas coisas, com tudo, na nossa casa a gente tem, só que aí a gente requer mais. Eles cobram mais um pouco da gente, às vezes é coisa pra gente se socializar [...]. Então aqui eles têm que se socializar, tem que ter responsabilidade, entendeu?! (E7)

A rotina é a organização das ações nos serviços de acolhimento no tempo e no espaço. É a coluna vertebral do cotidiano desses serviços. É ela que define o que permanece e o que muda. Traz o equilíbrio do movimento entre a repetição e a transformação, organiza e dá parâmetros. Estabelece um ritmo (GULASSA, 2010b).

As adolescentes devem aprender a rotina para ajudá-las a acontecer e se transformar. A rotina é o lado conhecido da realidade, pois se repete, acalma, dá segurança. Ao mesmo tempo, antecipa o que vai acontecer e permite mudanças necessárias e criativas. Assim, a rotina, embora mantenha a constância, precisa ser flexível, levar em consideração as necessidades, o bem-estar e o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. É modificada conforme eles mudam e com a sugestão e participação deles próprios (GULASSA, 2010b).

As regras no abrigo como a proibição do tabagismo, a circulação no espaço onde ficam as gestantes/puérperas e a liberação de saída livre aos fins de semana ajudam o adolescente a entender que em todos os lugares haverá limites e deveres a serem seguidos.

Não pode nem descer, nem subir para a casa lar. (E4)

Não pode fumar aqui dentro [...] Nós pode sair. Hoje, de hoje até quinta-feira que vem ela pode sair. Voltar até 9 horas da noite. Quem passa o final de semana em casa, pois vai amanhã e só voltar quinta feira que vem. (E1)

É no fim de semana a gente é liberado, eu acho que é sexta, sábado e domingo que pode sair. Eu só fui informada de dois dias que era sábado e domingo, aí já tinha falado que pode sair sexta. (E2)

As atividades diárias e a realização de tarefas são deveres atribuídos às adolescentes dentro do acolhimento

Eu acordo 8h30min, tomo café, eu fico dormindo até me arrumar para ir pra escola, eu acordo 10:30 h, aí me arrumo pra ir pra escola. Aí vou pra escola, fico até cinco e pouco na rua, né?! Quando mato aula, fico na rua ou quando vou pra escola, fico na escola, até 5 e 15, 5 e 30, quando chego, fico um pouquinho vendo televisão, aí janto. (E4)

Come, vê televisão e faz tarefas. (E1)

Pego algumas coisas e às vezes vou desenhar, sei lá, ou durmo o dia todo, sei lá, porque aqui é assim, a gente dorme o dia todo, não faz nada, pra quem não estuda. [...] Aqui eu durmo, acordo, vou trabalhar e volto, no momento eu ainda não estou estudando, porque tá esse negócio, aí, de tarde [greve] eu fico fazendo nada da vida. (E2)

O propósito da realização de tarefas no acolhimento provém do constructo de família, onde cada um componente possui um papel dentro do grupo e exerce tarefas de acordo com

sua capacidade. Bastos (2002) apresenta justificativas para atribuição das tarefas domésticas aos adolescentes. O primeiro se refere ao valor desenvolvimental das tarefas, principalmente o da responsabilidade, além da promoção de múltiplas habilidades e habituação/valorização do trabalho. O segundo corresponde à democracia doméstica, em que cada membro da família assume alguma responsabilidade em benefício do grupo. O terceiro diz respeito à necessidade dos pais ou responsáveis, pois existe a impossibilidade deles executarem as tarefas. E, por último, o controle social, cujo objetivo é a restrição do tempo ocioso e ao acesso à rua.

Uma ação fundamental das instituições de acolhimento como responsáveis pela reinserção social das adolescentes consiste em ensinar as adolescentes a fazerem tarefas diárias e domésticas para que sejam autônomas, adquiram responsabilidade e habilidades necessárias à vida adulta, particularmente no que se refere ao trabalho.

A formação profissional é uma temática relevante como uma alternativa de melhor futuro para as adolescentes. O incentivo a cursos profissionalizantes desenvolve expectativas de melhores condições de vida para essas jovens como uma alternativa de mudanças para a redução da desigualdade social.

O tio lá de baixo falou que ia ver curso de culinária, de cabeleireira pra mim, pra eu ter uma profissão. (E7)

A ideia de provisoriedade na instituição de acolhimento deve estar acompanhada do sentimento de intensidade e da visualização da proposta de futuro. Os profissionais da instituição devem reconhecer a importância da capacitação e aprimoramento profissional no seu trabalho e considerar os conhecimentos específicos por serem adolescentes, institucionalizadas, na maioria, jovens usuárias de drogas, provenientes das ruas e que apresentam história de vida de exclusão (social e familiar), requerendo destes profissionais um cuidado diferenciado. Estes profissionais trabalham a autoestima das adolescentes, incentivando a profissionalização e a entrada no mercado de trabalho. Ao abordarem tais temáticas, consideram suas limitações, a realidade da vida fora do abrigo, demonstrando uma condição social diferente, com diversas perspectivas de vida e despertando o interesse nas adolescentes institucionalizadas em participar deste mundo (PENNA et al., 2012).

Os centros de acolhimentos aparecem como um ambiente acolhedor, onde as adolescentes referiram gostar de viver e ainda veem seus integrantes como uma verdadeira família.

Gosto. (E6)

O abrigo é legal. (E8)

Em dois abrigos que eu passei eu gostei da convivência, dos dois não, dos três, eu gostei da convivência, porque ele mesmo com as brigas, com as desavenças, aquela diversão, aquele carinho da família, entendeu? Porque você tá todo dia ali junto, dorme junto, acorda junto, briga, volta, mas tá ali junto, sempre tem uma melhor amiga, tem um que você não gosta muito, se tu reparar na família também é assim, quem tem mais, meu primo tem mais isso, minha irmã tem mais aquilo, só você comparar que é tudo igual. (E7)

O convívio é com que você conhece, no abrigo você chega e você não conhece ninguém, você cria o vínculo, a partir da convivência, porque pra mim, aqui é como uma família, mas é como uma segunda família, que tem desentendimentos, que tem acertos, que tem defeitos, que tem bagunças, arrumação, porque você chega aqui tá tudo lá bagunçado [risos], todo mundo acordando, mas agora tá mais arrumado e isso você encontra até nas melhores famílias, se não vai chegar e ver tudo a todo tempo arrumado, você chegar de manhã, você vai ver a cama desfeita, você acordando com aquela cara de preguiça [risos], você toda se espreguiçando. (E7)

A instituição de acolhimento foi associada a um refúgio onde a falta de um lugar para ficar representa um novo espaço para se morar e desfrutar.

Não ninguém me informou não, passou pela minha cabeça de eu procurar um abrigo pra mim e justamente ter um lugar pra mim ficar com meu filho, aí eu falei assim: Não! vou ter que procurar um abrigo pra mim poder ficar, porque não vou poder ficar na casa de um ou de outro que nem eu ficava antes. Aí eu falei assim não eu não quero cometer o mesmo erro de antes [aborto] e vim pro abrigo, tipo tava dormindo numa casa abandonada, antes de vir pro abrigo. Porque lá na estradinha tem umas casas abandonadas, aí eu falei assim: Não quero cometer o mesmo erro de antes, quero ter um lugar certo pra ficar com meu filho, no abrigo eu vou estudar, vou talvez fazer um curso, aí saí de lá com os estudos, vou sair de lá se puder com meu filho. (E2)

As instituições de acolhimento têm sido cobradas no sentido de oferecer o mesmo padrão de cuidado e carinho que é comum na convivência em família. Aos poucos, foi disseminada a ideia de que era possível, em ambiente extrafamiliar, prover cuidados físicos à criança e estimular interações que envolvessem o adulto imbuído do papel parental. Nesse sentido, procuram oferecer aos internos um ambiente acolhedor e desenvolver na criança um sentimento de confiança básica em relação aos seus cuidadores, necessidades psicológicas que são atendidas de modo desejável pela família (CAVALCANTE; CORRÊA, 2012).

O efeito protetor que o apoio social oferece está relacionado ao desenvolvimento da capacidade de enfrentamento de adversidades, promovendo características de resiliência e desenvolvimento adaptativo. Esta estratégia de acolher as adolescentes quando se encontram institucionalizadas é importante porque desenvolve uma relação de ajuda entre o profissional e as adolescentes, amparando-as, transmitindo receptividade e interesse, de modo que elas se sintam valorizadas atuando de forma a auxiliar estas jovens na sua capacidade de avaliar,

transformar a realidade em que se encontram e compreender sua situação social (BRITO; KOLLER, 1999; CAMELO et al., 2000).

No que tange ao acesso a serviços de saúde facilitados durante o acolhimento, as adolescentes apontaram o acesso a serviços de saúde sem dificuldades e sem barreiras, e a presença dos profissionais de saúde agindo como pontes para os serviços de saúde. A atuação dos agentes comunitários de saúde do posto de saúde/ESF também contribui na promoção da saúde sexual por meio de marcação de consultas/exames e tratamento de doenças.

Assim minha mãe ela morava na rua, na época que eu tava morando com a minha avó, aí ele também ia na rua pra perguntar pras pessoas o que tava acontecendo, tipo de doença que eles tem, aí a minha mãe entrou nesse também, quero se tratar também. Aí ele falou pra mim: Você tem alguém te acompanhando? Não, tem não. Aí ele falou: Então eu vou te acompanhar. Aí eu falei: Tá bom. Assim quem facilitou para eu começar a me tratar no posto foi o Sebastian [médico da ESF] também. (E5)

Aí fui lá [no posto] e me deram a pomada [para tratamento de corrimento]. Aí foi, e ele falou: Mas mesmo assim você tem que marcar um ginecologista. Aí falei pra ele como que dava aqui aí ele foi, ligou e marcou pra mim. Aí dia 25 agora eu tenho [consulta]. (E1)

É. Que passavam na porta. Eles [agentes comunitários] agendavam as consultas para você. (E3)

É a partir do abrigamento que muitas adolescentes terão a possibilidade da avaliação e do acompanhamento de sua saúde geral e, quando necessário, um aprofundamento de diagnóstico e encaminhamento para tratamento especializado. O abrigo deve se responsabilizar pela busca da rede de serviços do município para garantir a avaliação e a realização dos tratamentos necessários na área de saúde integral. Os atendimentos deverão ser preferentemente realizados por meio da rede de serviços de saúde local, o que não impede de se desenvolver as atividades no próprio abrigo em algumas situações (GULASSA, 2010b).

Na visão das adolescentes, a participação ativa dos profissionais de saúde dentro do acolhimento funciona positivamente à medida que oferta serviços de saúde de promoção da saúde na própria instituição.

Não! Ela sempre vem aqui. Todas terças-feiras ou quartas-feiras vem aqui. Ela vem aqui! Marca e vem perguntar ... Vem, dá vacinação nas crianças. Marca ginecologista aqui mesmo pra depois nós ir lá. (E1)

Não... ela vem aqui, que é até a tia A. Ela vem aqui, aí pede o cartão de vacina dos bebê, da gente. Marca consulta de quem chegou novo pra fazer exame. Isso. (E3)

Agora... agora não, antes conversava, porque tinha a Clinisex, não sei porque acabou. Participava porque lá falava sobre várias coisas, não falava só sobre as doenças, falava como era se prevenir, sobre várias coisas. Era bom o grupo. (E4)

Nos discursos das adolescentes, a relação interpessoal positiva com o terapeuta e o tratamento de drogas pelo pessoal da instituição de acolhimento fortificam a possibilidade de promoção da saúde pela adesão aos tratamentos e a melhora da condição física e mental das jovens.

Então Q. ele é meu psicólogo, ele é o único que eu confio. Confio assim de conversar tudo, que eu tenho, não é que eu não confie em vocês, mas que já me conhece há mais tempo, entendeu? Aí ele sabe falar do jeito que eu possa me entender, do jeito que não vai me estressar. Ele não contesta a minha história, tipo o que eu passei, se eu quiser tocar na ferida, a escolha é minha, ele não sai tocando na ferida, entendeu? (E7)

Não, às vezes, quando eu vim para cá, eu continuava fugindo, aí eu ainda usava, [drogas] aí teve uma época que eu fui pra clínica, me pegaram, eu fui pra clínica, aí eu parei de usar. (E4)

O uso de substâncias psicoativas, muitas vezes, consiste numa alternativa encontrada pela adolescente para lidar com o estresse gerado pelo ambiente familiar desestruturado. Tal estresse na família pode ser consequência de disfunções na expressão de afeto, disfunções no estabelecimento de limites e/ou na assunção de papéis. Dessa forma, o uso de drogas como uma forma de lidar com situações problemáticas é um fenômeno complexo que pode ser entendido pela análise do contexto sociocultural e levantamento dos fatores de risco e de proteção que subsidiarão ações efetivas de caráter preventivo (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

O terapeuta comporta-se como um influenciador no comportamento da adolescente no suporte social que consiste na existência ou disponibilidade de pessoas com quem podemos contar/confiar e que provêm cuidado, valores e amor; contribui no ajustamento positivo, no desenvolvimento da personalidade e protege contra os efeitos do estresse; isto é, são laços de afeto, consideração, confiança, dentre outros, que ligam as pessoas que compartilham o convívio social e podem exercer influências no comportamento e na percepção dos indivíduos que compõe a rede social (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

Esse conjunto de facilitadores constrói um alicerce importante para essas jovens. A segurança de atendimento, quando veem necessidade de um serviço de saúde, implica em um hábito de saúde saudável com a responsabilização de si como agente perpetuador da própria saúde.

As relações interpessoais com os profissionais e com outros adolescentes emanaram das entrevistas como um fator importantíssimo na vida das participantes. As experiências

positivas e negativas com o outro criam novas relações e comportamentos no que tange a sua promoção da saúde.

Quando adolescentes e adultos se vinculam e introjetam as boas experiências de relacionamento, uma relação de confiança e de afeto está se desenvolvendo entre eles. A construção afetiva nas relações internas desses serviços provoca aconchego, proteção, intimidade. Mas simultaneamente existe a necessidade de provocar a autonomia e a independência das crianças e dos adolescentes acolhidos, respeitando as características de cada faixa etária.

Desde o início da institucionalização, procura-se dar à adolescente aconchego e provocar independência, favorecer a ampliação de suas relações, enriquecer suas experiências. Em cada idade a autonomia é incentivada como algo interessante a ser conquistado: o mundo é importante de ser descoberto. Em cada idade os educadores devem estudar e planejar como fortalecer os vínculos com as adolescentes e, ao mesmo tempo, favorecer sua autonomia e independência (GULASSA, 2010b).

As adolescentes referiram momentos de bom relacionamento interpessoal dentro do acolhimento. A possibilidade de diálogos com adolescentes, círculo de amigadas e a realização de atividades em grupo, como assistir filmes, ir à praia e brincadeiras, foram, de uma forma geral, situações positivas na vida das jovens.

Eu tenho amigas. (E1)

Tenho [amigas]. (E3)

Todo mundo conversava, quando era frio assim... que chovia, juntava todo mundo na casa das meninas, a gente ficava vendo filme, comprava pipoca, a educadora fazia pipoca pra gente, era bom. Aí ficava todo mundo aqui na pracinha, aí jogava queimado, ficava brincando de pique esconde, às vezes juntava quase todas as casas aqui em cima, assim dos maiorezinhos, aí nós ficava brincando de pique esconde, aí ficava um educador lá embaixo, perto daquela escada, ficava dois ou três educadores ali, e nós ficávamos brincando pra ali para trás, pra aqui. Com algumas pessoas se dão bem. Lá de cima eu me dava bem de todo mundo das meninas, praticamente com as menina toda, agora com os garotos, mais ou menos, o máximo que eu falo é o J., o T. mais ou menos, porque ele é muito sem graça, fica implicando e o A., que eu gosto de ficar implicando com ele. Eu chamava ele de gordo. (E4)

Durante as relações interpessoais, as adolescentes interagem com outros adolescentes construindo grande aprendizagem por meio das trocas de experiências. Com essa interação, aprendem a se relacionar e a se vincular, a contar com o amigo e protegê-lo, aprendem a dar e receber, a brigar e fazer as pazes. Fazendo coisas juntas, se organizam nas brincadeiras, assumem responsabilidades próprias e com os outros e proporcionam rodas de conversas,

diálogos e atividades em grupos que são exercícios importantes de falar e ouvir que fortalecem os vínculos interpessoais (GULASSA, 2010b).

Quanto aos educadores, as participantes referiram uma relação interpessoal positiva com esses profissionais. Esses dados nos fazem entender que os vínculos estabelecidos entre eles desenvolvem suportes emocionais para melhor lidarem com as adversidades da vida.

Não tenho nada de reclamar de ninguém não. Todo mundo gosta de mim. Eu também gosto de todo mundo. (E3)

Ah, eu falo tudo. Eu confio muito na Luzia e Ana Cristina [educadoras]. Converso tudo o que aconteceu comigo. Que eu já fui quase estuprada... essas coisas. Minha vida pessoal, com elas eu falo. (E1).

Só o educador de noite que são maneirinho (...) A única pessoa que eu converso mesmo, assim de educadora é a Tia W. Várias coisas, quando eu tô triste, eu começo a chorar, só ela que me entende, porque eu não sei, mas só ela que me entende [risos]. (E4)

Os educadores demonstram sensibilidade com o contexto social destas jovens e acabam por assumir a posição e/ou desempenham o papel da própria família destas adolescentes, exercendo um papel de apoio social.

Do ponto de vista das adolescentes, essa interação com os educadores pode ser também favorável por se encontrar longe da família e necessitar de atenção, conforto físico e apoio emocional. Na ausência dos pais, ela busca construir relações com as pessoas que estão mais próximas nesse momento, em particular, os educadores (CAVALCANTE; CORRÊA, 2012).

Os educadores vivenciam situações em que a convivência intensa com as adolescentes no espaço de acolhimento, as interações sociais marcadas pela proximidade e por demonstrações de carinho contribuem para construir relações que se diferenciam das demais pela intensidade das emoções e sentimentos envolvidos. No entanto, é importante ressaltar que, ainda que o relacionamento interpessoal dos educadores e adolescente seja benéfico, não se podem confundir os papéis sociais destinados a cada um dos agentes participantes da vida das adolescentes, família e educadores, e até assumir a condição de ser visto como uma espécie de "segunda mãe ou pai" (CAVALCANTE; CORRÊA, 2012).

Outro fator desencadeante para comportamentos positivos acerca da saúde sexual foi a busca e a possibilidade de receber informações sobre infecções ginecológicas e métodos anticoncepcionais.

Eu fiquei sabendo, eu procurei saber, né, logo na primeira semana, de uma doença que eu não sabia, que é de escorrimento. (E2)

Vou procurar mais o posto. (E5)

A realização de consultas ginecológicas e exames durante o abrigo adentra a promoção da saúde de forma a assegurar a saúde sexual das adolescentes livres de DST e comorbidades.

[Fui] Pra ginecologista. Aqui [no abrigo]. (E3)

Não faz um mês [que fui à ginecologista]. Aí a tia [educadora] arrumou um pra mim de mulher, aí eu fazia com a moça, tirava as dúvidas, falava as coisinha. (E6)

Tinha [hábito de ir aos serviços de saúde] mas eu ia poucas vezes. (E4)

Procurei [o posto de saúde] quando tava aqui, quando vim pra cá. [...] foi só no pré-natal [fizeram exames para DST]. (E2)

É necessário que as ações desenvolvidas nas instituições de acolhimento compreendam o comportamento das adolescentes em seu processo de sobrevivência, seus mecanismos de enfrentamento diante das situações adversas. A partir disso, as ações de cuidado devem ser estabelecidas em conjunto com as adolescentes acolhidas, visando alcançar a conquista de sua inserção social e de cidadania (PENNA et al., 2012).

Sendo assim, acredita-se que a adoção das estratégias de promoção de saúde potencializam as ações de saúde e facilita a participação efetiva das adolescentes com sua saúde, contribuindo para a estimulação da autonomia das mesmas nas decisões que envolvem a saúde sexual e responsabilizando-as pelo próprio cuidado. Logo, associada às atividades de promoção da saúde sexual, a possibilidade de acessos a serviços com realização de exames e tratamentos para a saúde sexual reforça a manutenção da vida saudável dessas jovens. Este fato intensifica o entusiasmo de continuidade de cuidado com a própria saúde sexual, mantendo-as próximas das instituições de saúde.

Até o momento, foi possível identificar as influências positivas no comportamento de promoção de saúde sexual das adolescentes. A partir desta parte, se discutiu as influências negativas na saúde sexual que envolve as adolescentes institucionalizadas.

A falta de diálogo com os profissionais do acolhimento e outros adolescentes e, ainda, a dificuldade de espaço para conversas e a opção por ficar com dúvidas, podem influenciar comportamentos mais desfavoráveis na saúde sexual.

Não! Não converso com elas [profissionais do abrigo] não. (E1)

Eu ficarei em dúvida... não conversaria. Não, assim quando tivesse oportunidade com alguém eu perguntaria, mas fora isso não. Eu não iria saber com quem perguntar. [...] É no planejamento familiar tem, mas não é toda vez. (E4)

Mas eu não fico conversando nada disso com ninguém não. Ah, eu gosto muito de ficar na minha [...] Com os meninos não. Eles são muito nojentos. (E3)

Não. Não converso com ninguém. (E8)

A ausência do diálogo só contribui para dificultar ou impedir a aquisição de hábitos de prevenção da Aids, DST e gravidez. Por meio da exposição e discussão das dúvidas, os adolescentes adquirem conhecimentos necessários para poder relacionar suas atitudes aos fatores de risco e poder identificar o seu grau de maior ou menor vulnerabilidade diante da saúde sexual (GHERPELLI, 1996).

A educação em saúde, neste período, é uma ação primordial, e tem por objetivo capacitar a adolescente e/ou grupos de adolescentes para assumirem, ou ajudarem, na melhoria das suas condições de saúde, promovendo, prevenindo e diminuindo os danos à saúde desse grupo. Nesta perspectiva, os grupos tornam-se instrumentos valiosos para o alcance destes objetivos (ALMEIDA et al., 2014).

É relevante considerar a característica dos adolescentes de buscar no grupo de pares a sua identidade e as respostas para as suas inquietações e, desta forma, o atendimento grupal em saúde torna-se privilegiado, facilitando-lhes a expressão dos anseios e a troca de informações e experiências (ALMEIDA et al., 2014).

Houve ainda relato da não participação dos profissionais da instituição de acolhimento em atividades de saúde sexual, bem como a inexistência de atividades de promoção da saúde sexual externas à própria instituição.

Não. Não fala sobre nada [na escola]. (E1)

Não [não há participação dos educadores]. (E3)

Não [não há participação dos educadores]. (E6)

Mas conversar, alertar das doenças que tem, tem doenças que a gente nunca ouviu falar, porque nem tudo a gente aprende na escola, nem tudo você aprende tudo na escola. (E7)

Entende-se este espaço de atividades de promoção sexual como possibilidade de desenvolvimento de autonomia, empoderamento e cidadania das adolescentes, principalmente voltando-se a dar visibilidade às demandas desta clientela que necessita de atenção especial. A falta dessas ações em outras dimensões fora da instituição de acolhimento descaracteriza o

movimento e a importância de educação em saúde em outros ambientes, como escola, academias, comunidade (ALMEIDA et al., 2014).

Acredita-se que os momentos de atividades de promoção da saúde permitem o diálogo, a reflexão e a conscientização, e propiciam trocas de conhecimentos, experiências e a expressão de sentimentos e inquietações. Ao mesmo tempo, fortalecem o elo entre os adolescentes, profissionais de saúde e demais agentes influenciadores, e suscitam a sensibilidade e a criatividade do adolescente frente à própria saúde. Além disso, à medida que as ações são realizadas, as adolescentes percebem a importância da transformação da sua realidade, bem como da mudança de conduta para fortalecimento de sua saúde (ALMEIDA et al., 2014).

O acesso dificultado a serviços de saúde, ambiente não acolhedor e as condições precárias de estrutura na instituição de acolhimento foram também considerados fatores negativos potencializadores de comportamentos desfavoráveis em relação à saúde sexual da adolescente.

A dificuldade de se inserir em programas de saúde do governo como o pré-natal e se beneficiar com serviços oferecidos nas unidades pela falta de um comprovante de residência, mostra uma situação desestimulante para a continuidade da busca por serviço de saúde e cuidado com o corpo.

Tipo, era difícil porque agora nesses postos de saúde, tá pedindo é, comprovante de residência e só pode ser o comprovante de residência que tipo assim que você mora da sua mãe do seu pai e não pude comparecer com o da minha tia, tive que ter que declarar que eu morava com ela, mas não deu certo. E acaba prejudicando, por que como que a gente vai fazer se não pode fazer pré natal sem comprovante de residência? Só com comprovante de residência que tipo têm algumas casas que não têm comprovante de residência, é têm algumas casas que não têm comprovante de residência. (E2)

As barreiras de acesso aos serviços de saúde, estabelecidas para o atendimento no SUS, existentes em parte das localidades, pode ser apresentar pela exigência de documento de identidade e comprovante de residência. Como agravante para as adolescentes, a falta de conhecimento dos próprios direitos e um comportamento mais pró ativo de luta por acesso aos serviços de saúde potencializam as dificuldades na tentativa de uma promoção de saúde adequada .

As barreiras de acesso podem agravar os problemas para a procura dos cuidados preventivos à saúde de maneira desigual. Essas barreiras burocráticas dificultam o acesso àquelas não residentes ao SUS e as obrigam a recorrer a subterfúgios para acessar ao

tratamento necessitado, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos (GIOVANELLA et al., 2007).

A visão do acolhimento como um ambiente não acolhedor remete a uma sensação de lugar hostil e desencorajador para a permanência da adolescente. A percepção de que a vivência na rua era melhor do que no abrigo e os melhores momentos da adolescente serem vivenciados na rua descaracteriza o abrigo como um lugar favorável para se viver e controlar a própria saúde.

Ah, eu achava que era melhor do que aqui. Aqui é mais confusão do que na rua. (E1)

Assim eu não consigo ficar em abrigo, eu gosto mais de ficar na rua. (E5)

Era ótimo [na rua]. Vários pessoal, várias amigas. Era ótimo. Ah! Muitas coisas, conheci várias pessoas que até hoje tenho contato. Conheci meu irmão, que fazia um tempo que ele tinha vindo para ver ele. Só. (E1)

A condição do acolhimento como um lugar desinteressante e propagador de uma liberdade limitada também reforça as concepções pejorativas na visão das adolescentes.

Muita coisa chata. Não gosto daqui não. (E1)

No abrigo, quando eu vim pra cá, eu descobri que tinha muita coisa chamada regras, não é que dentro de casa não tinha regra, dentro de casa tinha mais liberdade. (E7)

De acordo com Bronfenbrenner (1996), são muitas as semelhanças e diferenças entre o lar familiar e a instituição de acolhimento. Tanto a família como a instituição devem ser entendidas como contextos primários e abrangentes do desenvolvimento da adolescente. No entanto, é preciso se ter um olhar atento às diferenças presentes nos subsistemas que, de maneira integrada, constituem o contexto do desenvolvimento humano.

Para esse autor, os papéis, as atividades e as relações no microsistema familiar diferem bastante daqueles encontrados em uma instituição. Em casa, os pais não são preparados para o exercício do cuidado como uma atividade profissional, e frequentemente cuidam de crianças em idades diversas. Já no microsistema institucional, as cuidadoras são profissionais que compõem uma estrutura impessoal, com regras e horários que orientam o seu modo de trabalhar.

A necessidade de sigilo profissional emergiu como um componente que compromete a relação adolescente-profissionais, diminuindo a possibilidade de diálogos no espaço.

Porque, às vezes, tem uma assistente social aqui que vem todas as terças-feiras. Aí, tipo assim, ela pede pra nós se abrir pra conversar com elas. Aí elas conversa, ao

invés de ficar entre nós duas, não. Vai pra direção, vai pra equipe técnica, por isso que não gosto de participar desses negócios. Acontece isso. Vem pessoas aqui não gosto nem de conversar, nem de falar. Porque acontece isso. Aí eu não gosto. Por causa disso. Aí tem educadores que também fica falando sobre a nossa vida pra outros educadores lá de cima. E não pode! E não pode! O que acontece aqui que o educador sabe tem que morrer aqui Mas não! Eles fala pra pessoas lá de cima. Por isso não tem como confiar neles. Tudo eles falam. (E1)

Resultado semelhante surgiu no estudo de Frederichi (2013), que relata que, apesar da proximidade com alguns educadores, não havia confiança ao tratar questões pessoais com os mesmos, influenciando a adolescente a evitar diálogos e até perguntar sobre um assunto.

Diante disso, é fundamental criar um espaço harmonioso e com confiança para sanar as dúvidas, já que muitas vezes os adolescentes têm vergonha de perguntar aos pais ou professores, e até mesmo esses não dão condições para que os adolescentes falem por causa do tabu que foi criado sobre o assunto. Com isso, muitas vezes os jovens buscam informações em fontes pouco seguras ou incapazes de ajudá-los (MAISTRO, 2009).

As condições precárias de estruturas são problemas que merecem destaques para um ambiente mais agradável e harmônico para as adolescentes. O papel negativo dos educadores no processo de orientação pedagógica, no que se refere ao exercício de atenção e apoio aos adolescentes, surgiu como uma dificuldade de interação das mesmas com os profissionais do abrigo.

A gente às vezes precisa dela [educadora], ou estão lá fora ou tão conversando. Aí a gente precisa delas e elas tão fora. (E5)

Outra questão foram as condições precárias de saúde do abrigo, no qual a presença de pediculose nas crianças e carências estruturais configuram-se como pontos importantes de intervenções.

Porque aqui é muito piolho, tia. Muito piolho. Muito! Lá na Casa 1, é muito piolho. As crianças tudo vem para cá para ficar brincando nas casas das crianças. É muito piolho. Agora tá com piolho. (E1)

Muita coisa quebrada, que me mata é ver vaso sem tampa. Ah, tia, porque não tem. No vaso... Ah! Se botar quebra. Aqui tem esses problemas. Agora o que eu acho ruim nesse abrigo e não achei no outro não, aqui eles não utilizam muito bem o espaço aqui, lá no Celly Campello tinha oficina de arte, cada mês era uma, era uma oficina de arte, bota oficina de violão, entendeu? (...) Porque não pode fazer passeio pra casa? Não porque não tem gente e também ninguém se comporta aqui. Uma aula de informática, aí fica. Ah! O abrigo não tem dinheiro. (E7)

Porque aqui já teve muita gente, começou a pichar e agora a gente quer pintar e não tem coisa para a gente pintar. Que essas camas chegaram aqui, só o nosso quarto que tem, o dos outros já quebraram. Aí pra ficar bonitinho também, né, ficar tudo

pichado, tudo feio, aí fica feio. E videogame, aqueles videogame que são tem vários jogos, um azul, que tem um cabo que enfia igual a DVD, tem vários jogos então, aqui já teve, mas não era da gente, mas a gente ficava jogando, porque eu acho que as meninas são mais cuidadoras que os meninos, porque tinha dois DVDs, um pra gente e outro pra eles. Aí eles se dividiam com as outras casas, porque são duas casas dos meninos. Aí nós ficamos com nosso DVD e eles quebraram o deles, aí o educador obrigou a nós emprestarmos para eles e eles quebraram também. Aí ficamos sem DVD. Aí eu arrumo o DVD do tio, que é da casa 2 e fica comigo, aí a gente vê DVD quando tem filme. Há! O que poderia ter aqui? Pensa... pensa... armários novos, mas a tia flor disse que não tem como trazer armário pra cá, porque não tem armário lá embaixo. (E6)

A falta de atividades recreativas na instituição de acolhimento foi apontada como um problema para as adolescentes. O lazer prejudicado e as atividades rotineiras desmotivam e fazem as adolescentes acreditar que essa é a única condição que podem viver.

Porque a gente passa o dia todo dormindo, não se movimentar o corpo. A gente precisa fazer alguma coisa pra movimentar o corpo. A gente fica aqui dentro do abrigo e não têm nada. (E2)

Nada. [o dia inteiro sem fazer nada no abrigo]. (E3)

[Depois da escola] aí depois não tem mais nada para fazer. (E4)

Não tem nada pra fazer. Meu dia a dia, é o outro [parceiro] vem me perturbar e eu fico perturbando ele. Aí depois eu durmo, ele me perturba, eu perturbo ele, assim é, às vezes eu fico vendo televisão, eu durmo, acordo, vou lancha, deito aqui, durmo de novo. Nada pra fazer. (E6)

A gente não faz nada, só fica aqui em cima, parado, sem fazer nada. (E8)

Um patamar importante a ser realizado pelo abrigo é sua função social, ou seja, a de comunidade de acolhida, voltada para a socioeducação. Uma comunidade de socioeducação, que ofereça uma educação pessoal e social, considerando as características de cada integrante. Essa comunidade precisa desenvolver atividades de lazer e recreação para as adolescentes (BAPTISTA, 2006).

Na juventude, o lazer se torna uma importante ferramenta na busca pela identidade, pois, por meio da dança, da música, da festa e das diversas manifestações culturais, o jovem se expressa e se insere no mundo, reelaborando e reconstruindo, por isso devemos estar atentos às diferentes expressões culturais criadas e vividas pelos jovens e seus grupos, pois se tornam visíveis as tensões e as contradições da sociedade em que vivem (ISAYAMA, 2007).

Assim, o lazer dentro do abrigo deve ser considerado objeto e veículo de educação, ou seja, fazer destes momentos uma oportunidade para que os jovens tenham cada vez mais autonomia, e possam vivenciar cada atividade de forma ativa, para que eles possam fazer do

seu lazer uma atividade prazerosa tirando sempre o melhor proveito possível (MARCELLINO, 2007).

A visão negativa sobre as relações interpessoais no abrigo atrapalha a convivência no acolhimento. O ambiente repleto de conflitos – discussões, fofocas, brigas e mentira – assim como a percepção negativa do educador e a falta de vínculos prejudicam as relações interpessoais, diminuindo a troca de experiências e fatores favoráveis para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

Os outros fica inventando fofoca. Porque aqui é muita gente mentindo. E eles [educadores] mentem. (...) Vários educadores com falsidade (...) Eu não confio de conversar com ninguém coisas minhas. (E1)

Há! Sei lá... mas as vezes normal, as vezes eles não dão atenção para nós, fica ali na sala fazendo fofoca, conversando com os outros educadores. (...) Aqui os educador é tudo chato. Não gosto dos educador daqui não. Ah, não gosto da tia W. não. Ela que não gosto. Tia Z... também, mais ou menos, ela é maneirinha. Ah! Sei lá eles não vão com a minha cara. Assim, o jeito, o modo de tratar a gente. Assim eu não sei explicar não. Ah! Tio X... só sabe dá esporro nos outros. Não sabe conversar. Tia Y... só sabe ver os defeitos dos outro, não sabe conversar direito com a gente. (...) Ninguém fala direito com ninguém. (E4)

Apesar da disciplina e monitoramento por parte das instituições, a instituição de acolhimento é um espaço de muitos conflitos para as adolescentes. Os conflitos podem ser consequências da falta de atividades pedagógicas sistematizadas no sentido de oferecer condições para mantê-los fora da rua ou minimizar as vulnerabilidades sociais por meio de um trabalho que tenha como proposta a reintegração, o resgate da cidadania e, inclusive, que contemple ações voltadas para o processo de reinserção social (RIBEIRO; CIAMPONE, 2002).

A exposição e constrangimentos pela revelação de assuntos pessoais das adolescentes desestruturam as relações com os educadores. A posição do educador como um fomentador de boatos trabalha negativamente as relações interpessoais entre as adolescentes.

Aí depois está toda a galera lá sabendo [da vida da pessoa]. E assim, tinha uma garota aqui que tinha HIV. Só eu que sabia. Há cinco anos atrás que deu que ela tinha a doença. Aí foi, o educador daqui ficou sabendo. Depois todo mundo ficou sabendo. Ela foi e conversou com outro educador para não se relacionar com outro adolescente e não sei o que. Aí o educador dela falou pro adolescente e a garota não ficou saber o quê que era. Aí foi ela estava saindo com o (Fulano). Ela teve que ir embora porque o garoto queria bater nela. Porque soube que ela tinha HIV, aí queria bater nela porque ela transou com ele sem camisinha. A H, tem a sífilis. Todo mundo daqui sabe que ela teve sífilis. Porque se ela falou com a educadora, sabe que o educador falava. Ah não, o educador fica falando sabe porque você fica tomando a injeção por causa disso, por causa daquilo. E as adolescentes todas ouvem, aí discutem. Uma joga na cara da outra. (E1)

Porque aqui as pessoas aqui do abrigo tem mania de falar que as pessoas têm doença, têm isso tem aquilo, aí ficam falando que os outros têm Aids e que têm esse bagulho aí, e ficam zuando os outros, gritando e humilhando. Geralmente eles fazem isso aí para querer humilhar os outros e tem gente que nem tem, eles falam que tem. Aí fica falando o que essas garotas vai aí eles escuta, do outro aí. Igual a menina aqui, ela tem esse negócio, só que o dela é... acho que não tem cura, acho que é pelo sangue, aí ele descobriu que ela tem [HPV]. Aí ficam zuando ela, aí fala com o educador, mas ele continua, então eles não podem saber de nada que ficam zuando os outros. (E6)

As fofocas podem ocorrer o tempo todo nas instituições de acolhimento, principalmente entre as adolescentes e educadores. Parece que devido à carência afetiva, ao estigma de carregarem de serem de adolescentes institucionalizadas, procuram preservar sua identidade ao máximo tanto para si mesmos quanto em relação às outras pessoas. Qualquer atitude, comentário feito por outro indivíduo dentro do acolhimento, tem enorme repercussão, expondo ainda mais a fragilidade da adolescente (FREDERICHI, 2013).

A fofoca pode expor a condição de saúde sexual da adolescente, e vir a feri-la moralmente e psicologicamente diante das situações de discriminação. A vontade de se manter em segredo os problemas ginecológicos como DST visa a garantir a proteção dos olhares dos demais.

Podemos perceber no estudo de Reis (2008) as dificuldades no convívio social entre as participantes em instituição de acolhimento. As diferenças de comportamento entre as pessoas são apontadas por elas como geradoras de conflitos que surgem das conversas que trocam entre si.

O descumprimento de regras no acolhimento de alguns educadores atrapalham os vínculos de confiança entre as adolescentes. Além disso, o abuso de poder do educador sobre a adolescente reforçam as visões negativas com respeito às relações interpessoais no abrigo.

Oh! Sabe por que não dá pra confiar assim? Aqui dentro [não pode fumar]. E tem educador que fuma. (...) E tem educador que acha que tipo assim, te manda. Fica gritando. Te perturbando. Aí vai e tira tua paciência. (E1)

Em relação à interação com outros adolescentes, a negação de amizades e os vínculos fragilizados não constrói um espaço interessante de crescimento e desenvolvimento da sexualidade com o outro pela troca de experiências e conhecimentos previamente recebidos.

Eu não tenho amigos não tia! Só meu filho e minha filha. (E1)

É por isso também que eu falo que eu não tenho amizade nenhuma. Porque eu sou mais assim fechada. (E2)

O ambiente institucional pode ser também um lugar para a jovem vivenciar vínculos de afetividade. Essa característica do abrigo não indica uma tentativa de substituir o amor filial ou o carinho da vida em família, mas, sim, de oferecer a essa criança ou a esse jovem uma relação de amizade e compreensão. Uma relação afetiva no abrigo significa acolhimento sem dependência, em que as crianças sejam tratadas com espírito aberto para a aceitação e com o desejo de acompanhar o seu desenvolvimento (BAPTISTA, 2006).

Poucas são as amizades verdadeiras dentro de um abrigo, e isto é observado quando algumas adolescentes que não conseguem vincular-se intimamente com ninguém. O abrigo é para ser transitório, passageiro, mas nem sempre o é, no entanto, o medo de vincular-se afetivamente e depois sofrer uma ruptura é demasiado forte para tentarem (FREDERICHI, 2013).

A relação interpessoal com adolescentes do sexo oposto também foi relatada como uma experiência negativa. A dificuldade para interagir com os adolescentes do sexo masculino pode ser atribuída pela a necessidade de reafirmação da masculinidade pelos meninos sendo interpretadas pelas adolescentes como comportamentos desinteressantes e detestáveis.

Não, estes meus [adolescentes do abrigo] são um bando de chatos. Aqui eu não me dou bem com estes meninos de jeito nenhum, eu tenho vontade de matar eles tudo. Porque eles são chatos!!! Perturba os outros, um bando de coisa feia. (E6)

Há! Aqui no abrigo não falo com quase ninguém. Ninguém fala com os outro aqui. (E4)

Ah não! Os meninos é muito safado às vezes. Eles fica falando besteira e eu saio de perto. Eles só falam besteira só. Fica falando que quer comer todo mundo. Sei lá. São horríveis eles. (E3)

A experiência da institucionalização significou para umas adolescentes lembranças com influências positivas, para outras, influências negativas e ainda comportamentos ambivalentes. Contudo, vale ressaltar que, mesmo com as histórias de vida marcadas por situações de disparidades sociais como abandono, desamparo e violências, as adolescentes da pesquisa encontraram cada uma do seu jeito, uma forma de seguir em frente com seu comportamento sexual.

4.2.3 Mecanismos pessoais de enfrentamento da violência sexual

Nesta subcategoria, se discute a influência da violência sexual nos comportamentos das adolescentes e nos sentimentos e reações relacionadas. A temática da violência sexual emergiu de maneira bem significativa ao se falar sobre a saúde sexual das adolescentes.

4.2.3.1 Comportamentos relacionados à violência sexual

Os comportamentos, relacionamentos afetivos e interpessoais das adolescentes institucionalizadas relacionados à saúde sexual indicaram terem sido influenciados a partir da ocorrência de experiências de violências sexuais.

A presença de histórico de violência sexual desencadeou comportamentos de autodefesa como estratégia ao combate à violência. Em um dos discursos de uma das adolescentes, é verbalizado que durante alguns anos ela viveu sobre constante violência sexual, sendo os perpetradores seus familiares, mais precisamente pai e irmãos mais velhos.

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. (E7)

Motivadas a interromper esta condição de submissão, a jovem denuncia seu pai como responsável da violência sexual na tentativa de melhores perspectivas de vida. Esse fato também pode ser observado em outro discurso.

Agora eu sei me defender. [...] É tem que se proteger né. Pra não acontecer de novo. (E1)

O impacto emocional de uma violência sexual pode se constituir em uma repercussão grave no que tange ao funcionamento psicológico das pessoas que vivenciam a violência, uma vez que a maioria de sua ocorrência se dá no ambiente familiar, que a *priori* deveria se configurar como espaço protetivo. Todavia, traduz-se, na realidade, como ambiente ameaçador, desencadeando na vítima sensação de desamparo, medo e abandono, visto que a

maioria esmagadora dos agressores convive diariamente com a adolescente, tornando-a praticamente incapazes de defesa naquele momento (SERAFIM et al., 2011).

Faleiros e Campos (2000) discutem as diferenças dos conceitos de violência sexual e abuso sexual. As autoras defendem que “violência” é a categoria explicativa da vitimização sexual, que se refere ao processo e à natureza da relação de poder estabelecida no abuso sexual. Já o abuso seria a situação de uso excessivo; de ultrapassagem de limites dos direitos humanos e legais; de abuso do poder; de uma deturpação dos papéis e regras sociais e familiares; de quebra de tabus, em que o adulto aproveita-se do nível de desenvolvimento da vítima, que ainda é incapaz de compreender a situação e, portanto, de dar ou não o seu consentimento.

O abuso sexual é todo tipo de contato sexualizado contra crianças ou adolescentes menores de dezoito anos, que inclui desde falas sensuais ou eróticas, até relações sexuais com penetração ou não (CENTRO REGIONAL AOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA, 2005). A violência sexual caracteriza-se pelo o uso de poder, autoridade ou força empregada pelo agressor sobre a vítima.

Segundo a literatura, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual tendem a desenvolver e apresentar transtorno de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos, problemas quanto ao seu papel e funcionamento sexual e sérias dificuldades em relacionamentos interpessoais (SERAFIM et al., 2011).

Em relação às adolescentes investigadas perceberam-se relatos de comportamentos de restrição a algumas situações da vida após o incidente da violência sexual como: a não entrada em carros de desconhecidos, deixar de participar de festas, e dificuldades de se relacionar com o sexo oposto, preferindo estabelecer relações interpessoais com mulheres.

Ah sei lá. Não entro no carro mais de ninguém. Não vou mais para o baile. [...] Não gosto de ficar com homem no escuro. Até se for pra conversar assim, eu não gosto. Não gosto de sair assim com homem. Só com mulher mesmo. Se tiver eu e umas mulheres aí nós sai. Eu com homem, não gosto. (E1)

Não, eu sempre tive medo de fazer [sexo], por causa desse negócio de estupro, aí sempre eu tive medo de fazer. Porque todo garoto que eu ficava ele queria fazer sexo. Aí eu ficava com medo de sair com os garotos. (E6)

Como é que eu posso dizer... no começo eu tava meio com medo, medo! Ainda batia aquela lembrança [do estupro], aí eu respirei, e fui pra ver se eu conseguia mesmo ou se eu ia desistir, se eu ia conseguir ter a relação, se eu ia conseguir manter o relacionamento, ou se eu ia desistir, sair correndo, entendeu? Aí, consegui. Foi isso. (E7)

Na ótica da adolescente que vivenciou a violência sexual, a figura masculina, por exemplo, é percebida como ameaçadora, egoísta, despreocupada com a família e ineficiente. A relevância desse dado está no fato de que essa percepção pode se tornar generalizada e comprometer o estabelecimento de um vínculo adequado de confiança e segurança com figuras do sexo masculino, o que certamente provocará inadequações no ajustamento dessas adolescentes em um futuro próximo (SERAFIM et al., 2011).

4.2.3.2 Reações comportamentais negativas relacionadas à violência sexual

Após vivenciar violência sexual, a maioria dos sujeitos desenvolve reações comportamentais negativas que passam a prejudicar sua rotina diária. A presença de traumas e sentimentos de insegurança e receios foram as principais atitudes evidenciadas nos discursos das participantes no presente estudo. A presença de traumas em suas vidas desencadeou respostas negativas e incapacitantes para um convívio social adequado. Comportamentos como dificuldades de morar com pessoas do sexo masculino, não dormir à noite e não conseguir se relacionar com homens, foram percebidos pelas jovens do estudo como uma anulação de uma parte de si, em que o trauma atua como uma barreira para passos posteriores. Houve ainda a necessidade de tratamento psicológico como uma fonte de segurança e artifício para superação dos problemas presentes na vida.

Ah, eu sei lá. Acho que foi por isso que não fico com ninguém. Acho que foi tipo um trauma. Acho que por isso não fico com ninguém. Por isso que eu tenho muito trauma por causa disso [tentativa de estupro]. (E1)

Era pra eu tá morando com meu tio, só que nessa época tava com muito trauma de morar com uma pessoa só, aí eu preferi vir pro abrigo, aí eu tô aqui até hoje. Antigamente eu não conseguia nem dormir. Hoje em dia às vezes eu durmo, às vezes eu não durmo. Antigamente eu passava a noite em claro. [...] Faço terapia sim! Pra superar meus problemas. Foi agora aos treze [o estupro], depois que eu comecei a fazer a terapia, entendeu? (E7)

Observa-se que a violência sexual praticada, não somente contra crianças e adolescentes, é um episódio traumático, e que os danos causados na infância podem ocasionar problemas no âmbito emocional, comportamental e interpessoal, e que, possivelmente, serão manifestados na adolescência e na vida adulta (CAMINHA, R.; CAMINHA, M., 2007).

O acontecimento traumático é um golpe que rompe do meio e, quando ocorre, dilacera o sujeito, que perde a noção de quem é. O primeiro golpe vem do real, provoca a dor do ferimento ou a dilaceração da falta, mas o segundo golpe vem da representação do real, que faz surgir o sofrimento de ter sido humilhado, abandonado, violentado (CYRULNIK, 2004).

As feridas internas, morais, sociais e psíquicas, ocasionadas pela violência sexual, marcam expressivamente a vida de uma pessoa. A dificuldade de se estabelecer vínculos de confiança com o outro se explica pelo receio da nova tentativa de estupro. Dessa maneira, sentimentos negativos, como o medo, compartilham com todos os demais comportamentos sexuais da jovem, torna-se assim, um fantasma que a assombra por toda a vida, interferindo em suas decisões e ações na vida sexual

O receio de nova violência alimenta um sentimento de medo na adolescente em se relacionar afetivamente com homens e de que sua prole tem sérios riscos de ser também vítima de violência sexual. O sentimento de medo é tão intenso que há desconfiança do parceiro quanto a um potencial perpetuador de violência sexual.

Vou ficar com o homem e ele me estupra? Aí fiquei com medo depois disso. [...] Da minha filha eu não quero assim não. Ela eu tenho mais medo, de alguém estuprar ela, enfiar o dedo. Aí fica passando várias coisas na televisão ... Até o pai dela eu não vou confiar não. Porque tem pai comendo filho. Estuprando a filha. Tu acha que é seu vizinho do lado, mas é o cara dentro da tua casa. Ah, sei lá. Não confio não. Ela nunca ficou no colo de homem não. Só do T. [adolescente do abrigo]. Ele segura ela. Mas eu fico olhando. Só. Meu filho só ficava comigo tia. Não ficava com ninguém não. Só comigo. O pai dele nunca deu banho nele. Nunca deixei. Nunca deixei dar banho no meu filho. Agora que ele tá grandão que a vó dele dar banho nele. [Tenho medo dele] Estuprar eles. Estuprar meus filhos... por isso, não gosto. (E1)

Uma criança/adolescente que tenha sido abusada sexualmente será traumatizada por toda a vida. A violência sexual aumenta o risco de suas vítimas desenvolverem transtorno de estresse pós-traumático e apresentarem comportamentos autodestrutivos. Dificuldade nos relacionamentos sexuais, fobias, ideação paranoide e transtorno obsessivo-compulsivo têm sido referidos à violência sexual em crianças, adolescentes e adultos, podendo variar conforme o agressor e a idade em que ocorra o abuso (ADED et al., 2006).

Surgiram também, por parte das adolescentes institucionalizadas investigadas, sentimentos de raiva, traição e negação da vivência da violência sexual. O sentimento de onipotência justificou esses sentimentos e comportamentos como uma forma de minimizar o sofrimento das adolescentes frente à situação. Negar uma memória negativa foi para essas jovens uma estratégia de seguir vivendo e reduzir a dor desta ferida presente para o resto da vida. O sentimento de traição familiar seguido de abandono também repercutiu negativamente

na vida da adolescente, a qual se sentiu desolada e desamparada quando sua mãe mostrou-se do lado do seu perpetrador da violência sexual, seu padrasto.

Ah, porque eu tenho [raiva]. Mas isso [violência sexual] eu não falei pra ela [amiga] não. Não gosto nem de lembrar. Eu não gosto nem de ficar falando. (E1)

Aí eu fui falar pra minha mãe [sobre abuso sexual do padrasto], minha mãe não gostou, me botou pra fora de casa, preferiu acreditar nele, do que acreditar em mim. (E2)

Os efeitos deletérios da violência sexual das adolescentes se solidificam de forma a prejudicá-las durante este processo. Enquanto que a omissão/segredo da violência sexual vivido pode surgir como um mecanismo de proteção e autodefesa, ela pode funcionar paradoxalmente de maneira a impedir a ajuda de pessoas que lhes são significativas e poderiam impulsioná-las para a superação ou amenização do sofrimento. Ainda, a falta de apoio familiar diante desta situação pode destruir os poucos pilares de apoio dessas adolescentes, aumentando sua devastação mental e social e comprometer a promoção da saúde sexual das mesmas.

É fundamental dar sustentação ao sujeito, para que ele possa simbolizar a experiência; sendo esta um processo que se dá a partir do olhar do outro, da relação com o outro e, por isso, os vínculos afetivos são importantes. Dar sentido à experiência é poder sair da confusão, que é regra do trauma. Para existir a resiliência, é preciso um ambiente estável e a possibilidade de construção do sentido (SEQUEIRA, 2009).

4.2.3.3 Resiliência - Reações comportamentais positivas relacionadas à violência sexual

O ser humano pode reagir diferentemente uns dos outros, mesmo que enfrentem a mesma situação. As atitudes, as emoções e os sentimentos, não podem ser padronizados, tanto em circunstâncias favoráveis, quanto desfavoráveis ao desenvolvimento do indivíduo. Portanto, sabendo que o enfrentamento de qualquer trauma ou adversidade está associado a muitas variáveis, entende-se que a capacidade de resiliência pode ser uma delas.

Resiliência é um conjunto de processos sociais e psíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo que a pessoa viva em um ambiente considerado pouco sadio. Constitui-se de um processo como resultado da combinação dos

atributos que a pessoa possui e também do meio social e cultural onde está inserida, e pode ser entendida como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser experienciados de forma diferente, não constituindo a resiliência um atributo fixo do indivíduo (PESCE et al., 2004).

Pode ser compreendida ainda como um fenômeno não meramente adaptativo, porque vai além de um simples retorno ao estado anterior à situação traumática. É a possibilidade de a pessoa construir novos caminhos em sua vida. É a retomada de um desenvolvimento, a partir da ruptura, com a construção de novas formas de subjetivação. Não se trata, portanto, de esquecer ou de subestimar o evento traumático, mas a partir dele, refazer-se a si mesmo (SEQUEIRA, 2009).

Apesar da violência sexual apontada pelas adolescentes ser constantemente associada a sentimentos negativos como medo e inseguranças, em um dado momento percebeu-se uma movimentação de superação dos problemas por parte de uma adolescente, atingindo uma resiliência em andamento e permitindo que a adolescente fosse capaz de se relacionar afetivamente com homens.

Bom, no começo eu tive minhas inseguranças, mas hoje em dia não sou aquela super traumatizada que não olha para homem, que não namora com homem. [...] Eu não posso deixar de ser feliz com outra pessoa por causa disso, entendeu? Aí eu já encontrei felicidade, ironia do destino já me separou, mas... Mas sempre tem aquela, você querendo ou não, esse não pode ser o único problema que vai passar na sua vida, pode vir uns até piores do que este, então, eu faço de tudo para superar os meus piores problemas, eu faço de tudo para superar. (E7)

Este período de construção de sentidos internos se revela por meio dos diversos sentimentos negativos. Neste momento, há uma luta interna entre desconstruir a experiência negativa e reformulá-la com outro sentido, possibilitando na adolescente, superar as adversidades e dar nova significação a vida pela exteriorização de comportamentos considerados benéficos na visão do sujeito.

De acordo com Loza (2003), a resiliência é a capacidade de superação das dificuldades, por isso, pode-se pensar que esta capacidade poderá influenciar no modo como a adolescente irá lidar com a violência sexual sofrida. A resiliência está associada ao desenvolvimento humano, mecanismos de risco, mecanismos de proteção e a condição de vulnerabilidade do sujeito.

Os muitos fatores que influenciam a resiliência durante o tempo de vida: a família, os amigos, a escola ou os ambientes de trabalho, e os sistemas sociais mais amplos podem ser vistos como contextos associados que fomentam a competência social. Nesse sentido, a plena

compreensão da resiliência requer um modelo interacional mais complexo, que avance para além da visão restrita de adaptação individual, e inclua também os sistemas familiar e social, para, assim, tratar a mutualidade das influências por meio dos processos transacionais (WALSH, 2005).

Podemos dizer que, mediante determinadas situações ou fases da vida, as pessoas podem modificar os conhecimentos, o afeto e o entorno interpessoal e físico para criar incentivos para as ações de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Os fatores de resiliência geralmente são divididos em pessoais, ambientais ou sociais. As características pessoais podem ser desenvolvidas por meio das relações interpessoais, de atividades educativas e culturais ou pela psicoterapia. Os fatores ambientais remetem a condições que possam favorecer o desenvolvimento pleno do sujeito. No âmbito social, seria necessária a garantia de laços dessa natureza, uma sustentação simbólica que desse lugar aos sujeitos de uma comunidade, que incentivasse suas potencialidades, lugar esse não marcado pela exclusão ou pela inclusão perversa, ou seja, por uma inclusão pelo não lugar, pela borda (SEQUEIRA, 2009).

Cyrulnik (2005) defende que podemos promover ações que auxiliem o traumatizado a se apropriar da experiência e a poder expressá-la de forma a construir outras possibilidades relacionais e não se manter preso à cena estressora. Nesta perspectiva, a ênfase é no desenvolvimento humano por meio do ambiente e das relações interpessoais de vínculo capazes de influenciar e apoiar o indivíduo na superação das dificuldades.

Para as adolescentes institucionalizadas, a real família é uma estrutura distante e pouco participativa em sua vida. Neste caso, visando substituir todas as carências familiares, muitas consideram a instituição de acolhimento como sua família, pois é neste ambiente que elas adquirem atenção, cuidados e melhores condições de vida. Neste novo espaço, as adolescentes vitimadas conseguem receber apoio dos educadores e equipe multidisciplinar, que se torna um lugar menos vulnerável e de grandes potencialidades para a resiliência, conseguindo refletir e superar seus problemas também por meio dos ensinamentos da vida.

Eu acho que fui aprendendo com a vida, porque quando eu falo abrigo, quando eu já retiro da minha família, eu falo vida, porque é abrigo, quando eu falo “há! Aprendi com a vida,” é o que aprendi no abrigo, essa escola faz parte da minha vida, não faz parte da minha família, faz parte da minha vida, do meu dia a dia, porque eu tive uma coisa que eu sempre cresci ouvindo, filho que cresce e sai de casa, a vida é que ensina, e aí a vida tá me ensinando. O resto fui aprendendo na vida. Na vida mesmo. No dia a dia. Às vezes você observa, você passa por situações que você não quer nem passar, aí você pega e aprende. (E7)

Rutter (1999) afirma que a resiliência é um processo que relaciona mecanismos de proteção, que não necessariamente eliminam os riscos, mas encorajam a pessoa a se engajar na situação de superação do mesmo efetivamente. Nessa mesma perspectiva, entendemos que o enfrentamento da adversidade passa pela relação dos fatores de risco e os de proteção.

Se eu tô no abrigo eu vou aproveitar tudo o que o abrigo tem a me oferecer, pra quando eu tiver meu futuro, quando eu tiver meus filhos, eu puder contar da minha história e eu falar que superei. (E7)

Como defendem Junqueira e Deslandes (2003), se a resiliência for compreendida como algo que pode ser desenvolvido a partir de relações de confiança e apoio, o foco do trabalho vai para a promoção e prevenção e não fica restrito aos cuidados paliativos, após as situações traumáticas.

Seguindo esta lógica, os centros de acolhimentos podem ser entendidos como um lugar de medida de proteção de crianças e adolescentes. Assim, o acolhimento precisa ser um ambiente seguro e não violento, estimular a autonomia do internado, permitir que ele entenda o que lhe está acontecendo sem se sobrepor à família, nem achar que é substituto dela, mas incentivar novas relações e vínculos afetivos.

Dessa forma, o acolhimento como uma instituição de proteção e inserção social, contribui importantemente na resiliência das adolescentes. Apesar da história de vida delas possuir marcas da violência sexual, o acolhimento ao prover proteção e criar uma estrutura sólida de apoio e promoção da saúde sexual das institucionalizadas, contribui na motivação e desenvolvimento para uma superação das vulnerabilidades presentes em suas vidas e um futuro mais próspero.

4.2.4 Sugestões para melhorias em saúde no abrigo

Ao considerarmos que as influências situacionais no entorno externo podem aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta da promotora de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011), é importante analisar os reais problemas percebidos pelas jovens no ambiente de acolhimento.

Assim, nesta temática, pontuamos o que as adolescentes apresentaram de problemas na unidade de acolhimento e suas respectivas soluções ou melhorias no ambiente.

4.2.4.1 Sugestões em melhorias na saúde e na saúde sexual dos adolescentes do abrigo

Alguns problemas de saúde de cunho pessoal e coletivo foram apontados pelas jovens, como os problemas de visão e a pediculose. A promoção da saúde foi relatada como uma necessidade de cuidado em saúde.

Dessa forma, elas sugeriram a realização de atividades informativas que pudessem trabalhar os problemas de saúde e de promoção da saúde por meio de palestras, aulas e oficinas.

Informação da minha vista. Só isso. Como é os sintomas. Esses negócios. Dar mais aula sobre o negócio de piolho. Mostrar o negócio do piolho também pra gente. Ah sobre o negócio de tuberculose! E sobre piolho. Piolho e tuberculose. (E1)

Eu sempre gostei quando vem, tipo vocês médicas, tipo vocês, vem aqui e fala o que a gente pode comer, o que faz bem a saúde, o que faz mal, eu sempre achei que podia vir alguém pra falar da comida, chegar uma nutricionista aqui em cima pra conversar com a gente, falou o que gosta de comer, pra as vezes ver se dá pra colocar no cardápio. (E7)

Ah eu acho que tinha que ter uma oficina, de ficar ensinando a gente, ficar mostrando o que é certo, coisa que não deve fazer. Sei lá, modo de usar camisinha porque muita gente não sabe, o jeito de colocar. Acho isso. (E3)

Observa-se nos discursos das adolescentes institucionalizadas uma valorização da necessidade de se abordar sobre promoção da saúde em geral, com destaque para as doenças infecciosas e/ou transmitidas por contato.

Esses dados se justificam provavelmente em razão do convívio intenso em grupos de pares e à completa ausência de espaço individualizado na instituição. A elevada incidência de doenças infectocontagiosas nessa população pode estar relacionada às privações típicas da convivência em ambientes institucionais, onde o cuidado é coletivo e há compartilhamento contínuo de ambientes e objetos pessoais – louças, roupas, brinquedos, toalhas, material de higiene, entre outros (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009).

No caso específico das adolescentes institucionalizadas, entende-se que a situação pode ser ainda mais grave, na medida em que os acolhimentos não apenas representam espaços de cuidado diário, mas assumem funções socialmente atribuídas à família de maneira exclusiva e contínua 24 horas por dia. Essa característica, em particular, diferencia os centros de acolhimento de outras modalidades de cuidado coletivo e torna ainda mais complexo o

sistema de atendimento nessas instituições (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009).

Nesse sentido, além das ações de saúde do acolhimento, é importante a realização de atividades de promoção da saúde que contribuiriam no desenvolver de hábitos de cuidados e responsabilização da própria saúde, como uma forma de empoderá-las e fazê-las agentes primárias de saúde.

Por meio das falas, surgiram ainda propostas relacionadas às atividades sobre promoção da saúde sexual, em que seria interessante a realização de palestras e rodas de conversas que trabalhassem de maneira lúdica as temáticas sobre cuidado com o corpo e DST, e seus sinais e sintomas. Houve também a sugestão de fornecimento de método anticoncepcional no acolhimento como o hormônio injetável.

Ué, queria saber sobre as doenças, o que elas causam, essa coisas, assim. (E8)

Vocês fazem palestra de Clininsex? Então? Vocês podem fazer palestra aqui para nós. Aí podia trazer vídeo para a gente ver sobre a palestra, né?! Temas que a gente pode falar, que a gente quer aprender, né?! Esses temas aí dessas doenças, saber mais, as doenças que tem por aí, porque também são vários tipos de doenças, então, pra gente começar a falar. Hoje em dia é como a gente ter vacina. Pra se prevenir. Ou então pra você. É vacina para não engravidar. (E6)

Poderia vim pelo menos uma vez na semana, pelo menos uma vez no mês, uma pessoa que levasse a gente lá pra baixo, ao ar livre, entendeu? Sabe tipo nosso, sem ficar muito sério? De um jeito mais divertido e trazer quais os perigos que pode trazer pra gente, quais, que coisas a gente podia fazer, quais os cuidados que a gente tem que tomar com nosso corpo, não fala só com as meninas, [...] mas conversar alertar das doenças que tem, tem doenças que a gente nunca ouviu falar. (E8)

A realização de atividades lúdicas por meio de jogos tem sido identificada como alternativa motivadora nas ações educativas na área da saúde, que viabiliza uma maior interação/discussão entre os participantes e a possibilidade de satisfação emocional imediata, pontos que facilitam a abordagem de temas tabu, como é a sexualidade (BARBOSA et al., 2010; PENNA et al., 2012).

Dessa forma, é importante buscar uma ferramenta que fundamente a mudança de atitudes por parte das adolescentes, na qual haja uma relação dialética que gere um comportamento reflexivo e crítico da realidade. Isso pode ser conseguido por meio de ações educativas e educação popular em saúde em que o sujeito (adolescentes institucionalizadas) seja a protagonista do processo.

Considerando o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o resultado do comportamento é o sucesso da conduta que se inicia com o compromisso de atuar, a menos

que exista uma demanda contraposta á ação que não possa evitar e/ou uma preferência, também contraposta, que o individuo não possa resistir (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Deve-se evitar a abordagem tradicional transmissora, determinista e descontextualizada – por meio da qual o educador em saúde repassa o conhecimento de forma ativa, enquanto o educando é obrigado a receber de forma passiva sem ocorrer uma dialética reflexiva e crítica do tema –, e valorizar e mencionar as experiências sociais, a história do indivíduo, a cultura e o saber popular local (PEIXOTO, 2008).

A utilização de uma linguagem mais flexível, no qual se integra a linguagem formal, concomitante a linguagem e cultural das próprias adolescentes, conduz a um maior aproveitamento das atividades e compreensão da temática pelos adolescentes (BECHARA et al., 2013).

Nesse sentido, a realização de ações educativas de maneira lúdica, dinâmicas de grupo, dramatizações, atividades festivas temáticas – temas educacionais e de saúde – construídas juntamente com elas, são estratégias de cuidar que mobilizam essa população de adolescentes e valorizam sua potencialidade. Nola Pender aponta a importância em realçar o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde (PENDER, 1996 apud SAKRAIDA, 2011).

O efeito de atividades interativas, utilizando diálogos e linguagem mais aproximada as adolescentes potencializam positivamente o caráter crítico e reflexivo na compreensão das informações sobre a saúde sexual, assim como a ampliação do universo vocabular dos sujeitos como um constructo para a promoção da saúde sexual de maneira emancipatória e libertadora.

A participação de profissionais de saúde nesses espaços, em particular a enfermeira, contribui na promoção da saúde *in loco*, e estabelece a conquista de seus direitos à educação e saúde. A prática de um cuidado baseado na educação e problematização possibilitam o amadurecimento destas adolescentes e uma reflexão sobre a saúde sexual. Em conjunto, profissionais e adolescentes, encontrarão possíveis soluções para os problemas vivenciados decorrentes do contexto social (PENNA et al., 2012).

Entendemos que atividades educativas de promoção da saúde sexual não podem garantir que o conhecimento apreendido enquanto domínio cognitivo transforme o comportamento ou a prática sexual que as adolescentes irão vivenciar. Mas, é uma etapa promissora na formação de novas atitudes e sentimentos favoráveis ao comportamento sexual saudável, possibilitando mudanças positivas em sua própria saúde.

O diálogo e a compreensão associado à atuação dos profissionais do abrigo com as adolescentes são fatores preponderantes para o desenvolvimento da própria promoção da

saúde sexual destas jovens, e para adquirirem a capacidade de superar as adversidades presentes e futuras, principalmente, quando elas estiverem fora do abrigo (PENNA et al., 2012).

4.2.4.2 Sugestões na estrutura e relacionamento interpessoal do abrigo

Além de sugestões para melhorias nas condições de saúde, as adolescentes institucionalizadas propuseram algumas mudanças em nível estrutural e de relacionamento interpessoal.

As relações interpessoais negativas ficaram evidentes anteriormente; dessa maneira, as adolescentes, tentando buscar um ambiente ideal de melhor convívio referiram sugestões como a maior disponibilidade dos profissionais do acolhimento para diálogos com os adolescentes e mudanças nos relacionamentos entre os adolescentes e educadores.

Mudar essas pessoas chatas. Todo mundo. As meninas... [adolescentes do acolhimento]. Então tipo assim têm que ter alguém para conversar, pra tirar essa coisa que tá aqui dentro e dialogar. (E2)

[Mudar] as garotas e alguns educadores. (E1)

Os vínculos de afeto e pertencimento devem ser fortalecidos nas adolescentes, dentro do acolhimento, ampliando-se seu universo para fora do abrigo: amigos, família (quando houver), escola, cursos, lazer. A instituição de acolhimento deve promover amizades, telefonemas, visitas, passeios. Além das relações, a jovem deve adquirir “instrumentos” para a vida no mundo, para além da proteção do abrigo: aprender a lidar com as disparidades sociais, tomar decisões com reflexão e crítica sobre saúde sexual, promover a própria saúde sexual (GULASSA, 2010a).

Assim, o papel do abrigo é de incentivador, propulsor e apoiador. Há a consciência da necessidade de promover a independência e a autonomia das jovens e de estimulá-las para que se apoiem mutuamente (GULASSA, 2010a).

O espaço físico também foi um dos tópicos apontados por elas, no qual veem a necessidade de melhor aproveitamento pela instituição. Como sugestões, mencionaram a possibilidade de se realizar atividades de lazer/recreação, atividades esportivas, cardápios

alimentares mais variáveis, presença de remédios no local, e adquirir mais serviços voluntários na unidade.

Sei lá, mais [realizar] algumas atividades com a gente, sei não. (E4)

Ah! Aqui devia ter mais atividade, a gente não faz nada, só fica aqui em cima, parado, sem fazer nada, aqui devia ter mais atividades, sei lá. (E8)

Eu acho que aqui eles podiam utilizar muito esse espaço, cortar esse matos, dá pra fazer muita coisa aqui. Tipo aqui se você parar para reparar dá pra você ter tudo que você quer aqui dentro de oficina, sem você precisar sair, é só você ir conversando com outras pessoas, tipo aqui dá pra ter judô, basta só montar, entendeu? Tudo organizar, aqui pode ter judô, pode ter capoeira, [...] aqui pode ter capoeira, pode ter boxe. [...] Não usam muito esse espaço, entendeu? Aí esse espaço fica enorme, sem ser utilizado. [...] Porque às vezes a gente também precisa comer. Porque só às vezes a gente precisa comer arroz, feijão? E isso, às vezes pode chegar aqui em cima e: Ah! O que vocês estão precisando, o que vocês gostam de comer muito? Aí a gente falasse assim a tia a gente gosta de comer hambúrguer. Isto tem como, sabe por que tem como? Não precisa ser feito os hambúrguer lá de fora, mas pode ser feito um hambúrguer caseiro e nutritivo, a carne de hambúrguer não é tão gordurosa, pelo menos eu acho, que eles podem tirar o bacon, colocar outra coisa, que pode dar sanduiche, entendeu? [...] Mas sabe o que eu acho que uma parceria se consegue, uma troca de ideias você consegue muita coisa, não por dinheiro, eu já vi muitas pessoas que vão trabalhar no abrigo, não por dinheiro, mas por parceria, porque gosta daquilo, gosta do trabalho que faz. (E7)

[Necessidade] De saúde, remédio, porque aqui não tem remédio, quando a gente tá com dor. (E6)

O espaço físico do serviço de acolhimento deve ser aconchegante e seguro, com padrões arquitetônicos semelhantes ao de residências, organizado de modo a favorecer a privacidade, a interação das crianças/adolescentes e a exploração do ambiente (MARCELLINO, 2007).

É recomendável que o espaço físico leve em conta a otimização e o aproveitamento da estrutura existente em cada unidade para criar ou adaptar ambientes, de acordo com cada realidade como colocar vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens, notícias e informações, música, cartazes, revistas, livros, entre outros, a fim de que adolescentes e jovens possam se sentir à vontade (BRASIL, 2005b).

Dentre outras sugestões, a necessidade de mais liberdade, realização de passeios e atividades físicas e de lazer e desenvolvimento de cursos profissionalizantes.

Aí sim fala, eu quero sair um pouquinho pra dar um passeio, fazer que nem faz com a A., dar um passeio na rua, aqui têm que fazer isso se não a gente se sente presa, se sente presa aqui dentro. Não têm grades, mas a gente se sente presa, por causa de que não têm nada pra fazer, não faz um jogo, uma atividade, lá fora, entendeu. Também têm alguns passeios com PMA, o que não é sempre que a gente sai pra ver as famílias sabe. (...) Pra melhorar aqui no abrigo, esse negócio de educação física. (E2)

Ah, falta. Muita coisa. A gente fica aqui parado ao invés de ter curso ai pra fazer. E não tem nada. (E3)

Ah, mais atividade assim... uns cursos pra gente, tipo de cabelo, maquiagem. A gente podia fazer algumas atividades de curso de unha, maquiagem, cabelo, ia ser legal... uns outros cursos também. (E4)

E uma coisa também a que poderia fazer, ainda mais com essas garotas do PMA, que quando fizer dezoito anos vão embora, oficina sabe de quê? Oficina de culinária. Entendeu? De cozinheiras. Ensinar? Por que elas tão grávidas, né?! como que elas... é, ali pode ter umas que não sabem cozinhar, como é que elas vão morar na casa delas? Sim, a contrata uma empregada, muitas podem não ter condições, né?! Aqui podia ter oficina de culinárias. (E7)

É. [cursos profissionalizantes] Também, né. Eu queria fazer curso de informática. (...) Umas atividades esportivas. (E8)

As adolescentes demonstram expectativas quanto a ampliação de sua inserção social, do desenvolvimento de novas atividades que promovam integração social e cultural. O lazer como objeto de educação tem a função de gerar mudanças na sociedade (MARCELLINO, 2007). Nesse sentido, consideramos que ao terem acesso a uma mediação focada no lazer e na criatividade propulsora de saúde, tais jovens poderiam desenvolver uma atitude crítica e criativa ao participarem de programas que incentivem suas atividades criadoras, críticas e educativas que pudessem promover sua autonomia no processo de saúde.

A promoção da saúde, em especial a saúde sexual de adolescentes institucionalizadas, requer, segundo Nola Pender, o estabelecimento de um plano de ação, com atividades planejadas direcionadas para a manutenção de comportamentos de promoção da saúde esperado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Entendemos que a construção desse plano deva ser realizada junto às adolescentes institucionalizadas, considerando suas necessidades, potencialidades e avaliações próprias de sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática sexual em adolescentes vem se caracterizando precocemente, com influências de fenômenos históricos e culturais. As diversas interações e construções de gênero durante a formação e desenvolvimento da sociedade influenciaram os comportamentos sexuais que vêm interferindo significativamente na prática sexual de mulheres na atualidade, em destaque, adolescentes.

Outros fatores como o nível socioeconômico e de escolaridade também fomentam maior risco no exercício da sexualidade. Em uma relação inversamente proporcional, quanto menor o nível socioeconômico da jovem, maior precoce ocorre à iniciação sexual e mais riscos se aderem a essa prática sexual. Os laços familiares fragilizados, o uso de drogas e a vivência nas ruas também contribuíram no desvelar da iniciação sexual precoce e uma tendência a se relacionar afetivamente e até morar com o companheiro.

A dualidade das práticas sexuais e as oscilantes atitudes de uso e não uso de métodos contraceptivos foram consideradas comportamento ora de maior risco, ora de menor riscos às DST/Aids para as jovens. Dentre os métodos mais utilizados pelas adolescentes, estão o preservativo masculino, hormônio injetável e pílula anticoncepcional. Percebemos mudanças no comportamento de promoção da saúde sexual das adolescentes por meio do aumento do uso de preservativos nas relações sexuais, maior percepção das adolescentes quanto à vulnerabilidade sexual, redução do quantitativo de gravidezes durante o acolhimento e aumento de comportamentos repletos de empoderamento e autonomia nas práticas sexuais.

É marcadamente sabido que um início sexual precoce acarreta não só mais parceiros ao longo da vida, mas também chances maiores de se adquirir doenças sexuais, gestações indesejadas e ser vítima de violência, principalmente sexual. Do grupo estudado, a maioria estava ou já esteve grávida, reafirmando os resultados em estudos científicos previamente desenvolvidos.

As participantes referiram ter conhecimento parcial sobre as DST/Aids e a importância do uso de preservativos para a prevenção de doenças e gravidez. Contrariando os seus conhecimentos/informações adquiridas, as adolescentes realizavam prática sexual desprotegida durante relacionamento estável, isto é, quando consideravam estar com um parceiro fixo.

Os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente foram a confiança no parceiro, a imprevisibilidade das relações sexuais e a crença da dificuldade de

engravidar. Acreditavam que, ao se conhecer o parceiro e suas condições de saúde, não se precisaria de proteção durante as relações sexuais, pois o sexo sem proteção demonstra confiança e afeto pelo companheiro. Além disso, reforça a crença de que, ao se estabelecer relacionamentos estável, estão imunes às DST/Aids. Desta forma, percebemos o quanto as questões de gênero ainda influenciam a vida sexual destas adolescentes.

No entanto, em determinadas situações, como a prostituição e desconhecimento da saúde sexual do parceiro, algumas medidas de proteção sexual são adotadas. Houve ainda, comportamentos sexuais que denotam estratégias de promoção de saúde pelas adolescentes. A exigência de proteção nas práticas sexuais, a escolha e o uso de métodos contraceptivos, identificação de situações de risco nas práticas sexuais, atitudes repletas de empoderamento e resiliência apontam estratégias de manutenção da saúde sexual.

Outra característica nas dinâmicas de promoção da saúde sexual foi a visita regular aos serviços de saúde com realização de consultas e exames ginecológicos. O desejo da jovem em conhecer sua condição de saúde sexual atual, a participação das jovens nas atividades de saúde dentro da instituição, a procura por novas informações acerca da sexualidade e vontade de aprender sobre determinadas temáticas caracterizam estratégias de cuidado para uma autopromoção de saúde sexual.

O ambiente social ficou evidente como um espaço responsável nos comportamentos sexuais das adolescentes. A família, os parceiros, os profissionais de saúde e o próprio acolhimento são agentes influentes na promoção da saúde sexual destas jovens.

As redes de saúde foram apontadas pelas jovens como algo benéfico e que contribuía para mudanças de comportamentos positivas. A marcação e realização de consultas, exames e tratamentos, recebimento de métodos contraceptivos e a participação em programas de saúde sexual foram serviços usufruídos por elas.

No acolhimento, os educadores também tiveram um papel fundamental como propagador de saúde para as adolescentes. A possibilidade de diálogos, a marcação de exames e participação na educação sexual foram fatores decisivos na promoção da saúde sexual das adolescentes institucionalizadas.

A atuação da Faculdade de Enfermagem, em caráter voluntário, nos espaços da instituição de acolhimento, contribui na assistência em saúde sexual para as adolescentes. Dessa forma, são realizadas atividades de promoção da saúde sexual com as adolescentes por meio de diálogos e rodas de conversas, onde se procura trocar experiências, sanar dúvidas e trabalhar assuntos de forma a fomentar o raciocínio crítico e reflexivo sobre o cuidado a saúde sexual.

As estratégias de educação em saúde sexual baseadas na autonomia e empoderamento contribuem como um marcador importante nas práticas sexual e por isso, devemos considerá-las na elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual do grupo adolescente, sem que haja, contudo, generalizações.

Essas estratégias necessitariam alcançar, não apenas a adolescente com atividade sexual ativa, mas, inclusive, todas aquelas que um dia iniciará sua vida sexual. Por isso a importância de se conhecer a idade da primeira relação sexual, estimulando atitudes responsáveis em relação à sexualidade e reprodução, preparando-o, assim, para o início de uma vida sexual sem riscos.

A instituição de acolhimento, como um todo, possui algumas deficiências em relação ao espaço físico, interferindo na qualidade de vida destas adolescentes. Estas jovens identificam que um espaço físico inadequado, sem atividades de lazer e problemas em relacionamentos interpessoais são barreiras potencialmente influentes na promoção da saúde. A identificação destas barreiras representa uma competência favorável da adolescente em relação a possíveis mudanças de comportamento na sua saúde sexual. Entendemos que a reconfiguração dos padrões de interação pessoa-ambiente deve ser iniciada pela própria adolescente e é essencial à mudança de comportamento. À medida que estas jovens identificam as situações problemas, as barreiras, e criam soluções como estratégias para promoção da saúde e da saúde sexual, podemos considerar estas jovens estão potencialmente predispostas a realizar modificações de comportamento e de promover sua própria saúde.

Quanto aos serviços de saúde, as adolescentes apontaram facilidades de acesso e ambiente acolhedor com formação de vínculo com os profissionais de saúde. A disponibilidade do profissional em sanar dúvidas, marcar exames e consultas foram fatores positivos e facilitadores de promoção da saúde. As ações dos profissionais de saúde baseada na incorporação do aconselhamento, diagnóstico e tratamento caracterizam estratégias de cuidado para a abordagem da sexualidade. Também fortalecem o vínculo profissional com as adolescentes garantindo o amplo acesso das jovens aos serviços de saúde, com atendimento integral e de qualidade. O uso de uma abordagem compreensiva das preferências e práticas sexuais, o qual considera os sujeitos como sexuados, possibilitou o exercício da autonomia das jovens nas decisões de sua própria saúde.

O aumento da efetividade dos serviços acerca da saúde sexual, embora represente um desafio para gestores e técnicos, traz a vantagem adicional de não estabelecer as bases da promoção e prevenção da saúde sexual apenas em propostas de mudança de comportamento, mas em mensagens voltadas para a responsabilização individual e coletiva de ambas as partes

– cidadãos e Estado. Dessa maneira, devemos atribuir e cobrar do Estado e dos serviços de saúde uma maior responsabilidade sobre situações que de fato lhe competem, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes. E em relação às jovens, cabe-lhes executar os direitos de saúde sexual com autonomia, agir com responsabilidade, e apresentar comportamentos mais críticos e reflexivos em relação a sexualidade.

Para a realização de inovações e melhorias no setor da saúde, compreendemos que seja necessário a apresentação de resultados de pesquisas sobre a realidade e demandas das adolescentes em relação à saúde sexual. Assim, consideramos relevante a apresentação deste trabalho na instituição escolhida como cenário deste estudo e realizar juntamente com a equipe da instituição de acolhimento e principalmente com as adolescentes, atividades e mudanças possíveis para realização de promoção de saúde sexual efetivas. Na medida em que há a identificação desse mapeamento da realidade de promoção da saúde sexual das adolescentes, é possível construir propostas de atuação voltadas para o autocuidado e a autopromoção da saúde.

O retorno a instituição caracteriza uma estratégia que ajudará em uma maior aproximação com as temáticas e facilitará a troca de conhecimentos com toda a equipe e participantes do estudo. Portanto, trabalhar as situações mais frágeis apontadas pelas adolescentes e desenvolver conjuntamente possíveis soluções/ estratégias de cuidado na saúde sexual é uma medida inicial de autovalorização do indivíduo com reconhecimento da própria capacidade como agente modificador de sua própria realidade.

A caracterização de situações problemas e do tipo de relação interpessoal (positiva) junto aos profissionais cuidadores da instituição de acolhimento apontadas pelas próprias pelas adolescentes permite o desenvolvimento de um ambiente mais flexível e suscetível a receber intervenções. A possibilidade de mudanças pelas adolescentes, sendo elas as pessoas responsáveis por essa atividade, incentiva maior envolvimento e motivação para realização de ações de promoção da saúde sexual mais reflexivas e conscientes, e valoriza-as como pessoas repletas de competências para a manutenção do autocuidado.

Os resultados permitiram apresentar uma proposta de cuidado de enfermagem auxiliadora na autopromoção/autocuidado da saúde sexual das adolescentes em acolhimento seria a criação e fortalecimento de atividades educativas sobre a promoção da saúde sexual. A realização de oficinas com estrutura metodológica baseada em conversas e espaço facilitados para diálogos é uma medida que possibilitará o tratamento e a reflexão de temáticas como direitos sexuais, sexualidade, relações de gênero e violência no namoro.

Ao apontarem ideias sobre o que realmente elas podem fazer para resolver seus problemas, significa dizer que elas estão buscando novas possibilidades dentro de seu espaço e realidade social. Esta iniciativa demonstra o exercício da autonomia da adolescente perante a própria saúde sexual, e conseqüentemente um alicerce para a construção de um plano de cuidado sobre ações de promoção de saúde sexual.

Em situações mais específicas, seria importante implementar consultas de enfermagem e interdisciplinares, tanto individuais como coletivas, numa proposta inovadora -dialógica, lúdica -, com o intuito de acompanhar as adolescentes e trabalhar as questões sexuais baseadas no cuidado holístico. A identificação de suas necessidades psicossociais passariam a ser o elo para a construção de planos educativos de saúde sexual, onde o reconhecimento dos direitos e autonomia da jovem seriam a base para ações promotoras de saúde.

Em relação as dualidades nos comportamentos sexuais, uma medida necessária seria a utilização de metodologias participativas de educação em saúde no desenvolvimento das intervenções. Como eixo base para as discussões da saúde sexual, é fundamental que se utilize uma perspectiva de gênero, cuja construção seja atribuir papel igual para homens e mulheres. À medida que focamos as questões sociais de desigualdade norteadas pela imagem masculina, torna-se possível a identificação das peculiaridades do “ser homem” e sua influência nas práticas sexuais. A partir desse contexto, realizar práticas educativas que utilizem estes conhecimentos como fator inicial para reverter a situação feminina dentro da sociedade, potencializará mudanças positivas e de impacto na promoção da saúde sexual das adolescentes e efetivamente, em sua qualidade de vida.

O fortalecimento de ações que promovam conversas sobre a saúde sexual, permitindo, paulatinamente inserir noções de empoderamento, direitos e sexualidade, e ainda trabalhar a desconstrução de mitos e preconceitos em relação às adolescentes são propostas que possivelmente permitam atitudes comportamentais mais ativas na construção e transformação do conhecimento e subsidiem ações mais encorajadas em decidir sobre sua saúde, com maior reflexão e autonomia.

Ainda, inserir abordagens educativas sobre saúde sexual para além das DST e métodos contraceptivos também apresenta um caráter estratégico nas ações de promoção da saúde sexual. Trabalhar temáticas como o prazer, os desejos sexuais, a opção sexual e o reconhecimento do próprio corpo construirão bases para um empoderamento acerca da saúde sexual mais efetivo.

Além de atividades com o grupo das adolescentes, outra medida importante é a necessidade de capacitação da equipe do acolhimento, principalmente os educadores em

relação às questões de saúde em geral, saúde sexual e relações sociais, com o intuito de melhorar as relações interpessoais com as adolescentes. É fundamental que os profissionais e educadores se ocupem de conhecimentos sobre sexualidade, desenvolvida em grupos ou individualmente, de modo a facilitar os espaços de convivência, assim como, possibilitar que as adolescentes vivenciem sua sexualidade e relações afetivas satisfatoriamente, sem riscos, criativas e responsáveis, com respeito mútuo e sem violência de gênero.

Dessa maneira, utilizar a instituição de acolhimento como ambiente de capacitação da população em relação à promoção da saúde sexual, vislumbra um espaço rico de escolhas e mudanças de comportamento. Como um espaço social, ele pode fortalecer suas redes de apoio criando novos elos sociais de parceria com outros serviços recebendo visibilidade de seu trabalho e incentivando a ampliação destes projetos para além de seu espaço. Poderá ainda servir como um modelo para demais instituições de acolhimento, no processo de inserção e desenvolvimento de práticas educativas em saúde mais eficientes para a promoção da saúde sexual de outros adolescentes.

Por isso, para uma real modificação na qualidade de saúde das adolescentes, indivíduos-cidadãs, torna-se necessário a compreensão de todos os agentes influenciadores e suas experiências de vida. Neste momento, podemos dizer que a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender apresenta forte potencial como instrumento facilitador no acompanhamento destas adolescentes acolhidas. Considerando o caráter holístico do modelo – que retratam as questões biopsicossociais do indivíduo –, é possível inserir as adolescentes e trabalhar, conjuntamente, os resultados obtidos em todos os componentes chave do modelo.

Ao valorizar as questões de vida da adolescente e os principais problemas apontados por elas, estaremos fortalecendo o vínculo profissional, trocando conhecimentos e experiência, e simplificando o processo de construção de um plano de cuidado específico de promoção da saúde sexual. Para isso, devemos trabalhar a autoestima e reconhecimento interno da jovem em relação as suas potencialidade e competências, reforçando assim, a responsabilização e identificação da própria capacidade.

É possível pensar que desse modo, conseguiremos motivar e facilitar novas propostas de cuidado tangíveis a elas para a manutenção e continuidade da promoção da saúde sexual, vislumbrando assim, melhor garantia de direitos e liberdades.

Ao final desta pesquisa considera-se que os objetivos foram alcançados e que as questões norteadoras foram respondidas. Entendemos que este estudo seja um estudo inicial acerca da promoção sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Mediante os resultados apreendidos, recomenda-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas, com o intuito de ampliar o conhecimento acerca da temática em questão.

REFERÊNCIAS

- ADED, N. L. O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.
- ALBERNAZ, L. S.; LONGHI, M. Para compreender gênero: uma ponte para relações igualitárias entre homens e mulheres. In: SCOTT, P.; LEWIS, L.; QUADROS, M. T. **Gênero, diversidade e desigualdades na educação: interpretações e reflexões para a formação docente**. Recife: UFPE, 2009. p. 75-95.
- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-76, 2009.
- ALMEIDA, D. S. O.; COSTA, R. L.; SILVA, T. M. **Chega de tabu!** A sexualidade sem medos e sem cortes. Franca: UNESP, 2005. Disponível em: <<http://www.unesp.br/prograd/PDFNE2005/artigos/capitulo%201/chegadetabu.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.
- ALMEIDA I. S. et al. Grupo de adolescentes como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 87-91, 2014.
- ALMEIDA, T. Fatores que influenciam o desenvolvimento do namoro. In: JORNADA APOIAR: SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA, 6., 2008. São Paulo. **Anais...** São Paulo: Pró Reitoria de Cultura e Extensão Universitária: IP/USP, 2008.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Locus de Controle e escolha do método anticoncepcional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p. 273-278, 2007.
- AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 469-476, 2006.
- AQUINO, P. S. et al. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza – CE. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 427-434, 2008.
- ARAUJO, J. R.; PINTO, M. F. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre as ações de educação em saúde no planejamento familiar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7., 2009. Teresina. **Anais...** Teresina: ABENFOPI, 2009. p. 1-14.
- ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza Ceará. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 445-451, 2007.
- ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica: módulo 1A/B do Telecurso de especialização em Violência Doméstica contra Criança e Adolescentes**. São Paulo: LACRI/IPUSP/USP, 2005.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.111-117, 2009.

BAPTISTA, M. V. (Org.). **Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação**. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2006.

BARBOSA, S. M. et al. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/Aids. **Rev. Elet. Enf.**, Goiânia, v.12, n. 2, p. 337-341, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6710/6951>. Acesso em: 29 ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 809-816, 2009.

BASTOS, A. C. S. **O trabalho como estratégia de socialização na infância**. Veritat, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 19-38, 2002.

BECHARA, A. M. D. et al. “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 25-33, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.19046>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

BECKER, A. L. Adolescência e abrigagem: tentativa de parentalidade no contexto público. **Rev. Assoc. psicanal.**, Porto Alegre, n. 23, p. 99-108, 2002.

BERTOLDO, R. B.; BARBARÁ, A. Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. **Psico-USF**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 229-237, jul./dez. 2006.

BIÉ, A. P. A.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, R. F. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto? **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 125-130, 2006.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletr. Pós-Grad. Sociol. Polít. UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <www.emtese.ufsc.br>. Acesso em: 28 maio 2013.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 422-427, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a17.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BORGES, I. K.; MEDEIROS, M. Representações Sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência progressiva de vida nas ruas da cidade de Goiânia. **DST – J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 43-49, 2004. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista16-4-2004/8.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

BOSCH, E. B. et al. **Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja**. Palma: Instituto de la Mujer y Ministerio de Igualdad, 2007.

BOUZAS, I.; PACHECO, A.; EISENSTEIN, E.; Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 27-33, 2004.

BRASIL. 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. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>. Acesso em: 30 mar. 2013.

_____. Lei nº 9.263, 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996a.

_____. Leis, decretos, etc. **Lei nº 9.394/1996**: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/Aids**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 1999. 90 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Prevenir é sempre melhor**. Brasília, DF, 2000. 93p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. **DST**: Doenças sexualmente transmissíveis. 2007a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/40dst.html>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília, DF, 1996c, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas**: guia para formação de profissionais de saúde e educação. Brasília, DF, 2006a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília, DF, 2013. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2008b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, DF, v. 36, n. 4, p. 533-535, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF, 2005a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de adolescentes e de jovens**. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF, 2009. Caderno n. 2. 52 p.

_____. 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**. Versão Preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2007c. 56p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Integral de Adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília, DF, 2005b. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006b. 60 p.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília, DF, 2003. 104 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS/ 2004**. Brasília, DF, 2005c. 175 p.

BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência nas camadas médias: um olhar alternativo. In: ALMEIDA, M. I. M.; EUGENIO, F. (Org.). **Culturas jovens: novos mapas do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. p. 79-91.

BRÊTAS, J. R. S. Conhecimento e utilização de contraceptivos por adolescentes. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 223-229, 2005.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Conhecimentos de adolescentes sobre DST: subsídios para a prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 786-792, 2009.

BRILHANTE, A. V. M.; CATRIB, A. M. F. Sexualidade na adolescência. **Femina**, Belo Horizonte, v. 39, n. 10, p. 504-509, 2011.

BRITO, R.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. (Ed.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 15-38.

CAMARGO, B. V. et al. Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 36-50, 2010.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/30.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

CAMELO, S. H. H et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12381.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G. **A Prática cognitiva na infância**. São Paulo: Rocca, 2007.

CAMPAGNA, V. M.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Bol. Psicol.**, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 9-35, 2006.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 336-346, 2013.

CAMPOS, M.; SOUZA, V. O voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T; BRANCO, V. C. (Org.). **Cadernos de juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

CANAVARRO, M. **Relações afetivas e saúde mental**. Coimbra: Quarteto, 1999.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARDOSO, D. M.; SILVA, M. R. S. Uma análise sobre a sexualidade e a influência da mídia na Adolescência: identidade cultural contemporânea entre adolescentes de uma escola de Belém. **Rev. Artíficos**, Belém, v. 3, n. 6, dez. 2013.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 19.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, 2011.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília, DF: UNESCO, 2004.

CAVALCANTE, L. I. C.; CORRÊA, L. S. Perfil e trajetória de educadores em instituição de acolhimento infantil. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 146, p. 494-517, 2012.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHAES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 615-625, 2009.

CENTRO REGIONAL AOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA. **Abuso sexual doméstico: Atendimento às vítimas e responsabilização do agressor**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2005. (Série fazer valer os direitos)

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, 2010.

CHACHAM, A. S.; MAIA, S. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Rev. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

COLLINS, W. A.; SROUFE, L. A. Capacity for intimate relationships: a developmental construction. In: FURMAN, W.; BROWN, B. B.; FEIRING, C. (Org.). **The development of romantic relationships in adolescence**. New York: Cambridge University Press, 1999. p. 125-147.

COLLINS, W. A.; WELSH, D. P.; FURMAN, W. Adolescent romantic relationships. **Ann. Rev. Psychol.**, Palo Alto, v. 60, p. 631-652, 2009.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, Brasília, DF, 2012.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (Brasil). **Relatório da Infância e Juventude** – Resolução nº 71/2011: Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País. Brasília, DF, 2013. 108 p.

COSTA, A.; BAHIA, L.; CONTE, D. A Saúde da Mulher e o SUS: Laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-77, p. 13-24, 2007.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. A. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: MERCHÁN-HAMMAN, E. et al. (Org.). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília, DF: Editora da Universidade, 2002. p. 181-202.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Est. Fem.**, Los Angeles, v. 1, n. 1, p. 171-188, 2002.

CURRIE, C. et al. **Social determinants of health and well-being among young people**. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. 252 p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

CYRULNIK, B. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999 apud BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: _____. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, Pan-Americana, 2008. v. 3. p. 9-35.

DEPRÁ, A. S. et al. Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Divinópolis, v. 1, n. 1, p. 59-69, 2011.

DIAS, S.; MATOS, M.; GONÇALVEZ, A. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 4, p. 625-634, 2007.

DI YORIO, V. **Amor conjugal e terapia de casal**: uma abordagem arquetípica. São Paulo: Summus, 1996.

DIONIZIO, A. F.; OLIVEIRA, G. O.; CALDEIRA, R. G. **Como está a educação sexual de adolescentes?** Artigo apresentado no Curso de Graduação, Universidade Estadual de Goiás, Quirinópolis, 2007.

DUARTE, C. F.; HOLANDA, L. B.; MEDEIROS, M. L. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 140-143, 2012.

DUARTE, T. L. Sentimentos de cárcere: análise das narrativas de mulheres de presos sobre o amor. **RBSE**, João Pessoa, v. 12, n. 34, p. 191-218, 2013.

ESTUDOS E COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO HUMANA. **Promover a educação sexual nas escolas**. 2013. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/623/623.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

FACHADA, I. M. A. **A experiência emocional do toque nas relações românticas durante a adolescência e a juventude**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2009.

FALEIROS, E. T. S.; CAMPOS, J. O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes**. Brasília, DF: Unicef, 2000. Disponível em: <<http://www.cecria.org.br/banco/violencia.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Est. Fem.**, Los Angeles, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FERREIRA, M. A. et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília, DF: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 68-72.

FERREIRA, M. M. S. R. S.; TORGAL, M. C. L. F. P. R. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. **Rev. esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 3, p. 589-595, 2011.

FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A. P.; SILVA, M. A. I. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 342-348, 2008.

FLASH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva. 1991.

FONSECA, A. B. Ciência, Tecnologia e desigualdade social no Brasil: contribuições da Sociologia do conhecimento para a educação em Ciências. **Rev. Electr. Enseñanza Cienc.**, Barcelona, v. 6, n. 2, p. 364-377, 2007.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K. C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 330-337, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FREDERICHI, K. R. B. **Aspectos subjetivos de adolescentes do sexo feminino que vivem em um abrigo de Rondônia**. 2013. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351- 357, 2010.

FREUDENBERG, N. et al. Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: searching of relevant theories and principles. **Health Educ. Q.**, Nova Iorque, v. 22, n. 3, p. 290-306, 1996.

GHERPELLI, M. H. B. V. **A educação preventiva em sexualidade na adolescência**. São Paulo: FDE, v. 29, p. 61-72, 1996. Série Idéias

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Supl. 2, p. S251-S266, 2007.

GONÇALVES, R. C.; FALEIRO, J. H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Holos**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 263, 2013.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, mar./apr. 2009.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a15v14n2.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

GUARESCHI, N.; MEDEIROS, F. F.; NARDINI, M. O aborto e as políticas de atenção integral à saúde da mulher. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del Rei, v. 2, n. 1, 2007.

GUIMARÃES, B. T; CARDOSO, V. G.; SILVA, Z. S. S. B. Prática de sexo seguro por acadêmicos de enfermagem de uma faculdade do estado do Tocantins no ano de 2012. **Rev. Cient. ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 1, pub. 5, jan. 2013.

GULASSA, M. L. C. R. (Org.). **Imaginar para encontrar a realidade: reflexões e propostas para trabalho com jovens nos abrigos**. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010a.

_____. (Org.). **Novos rumos do acolhimento institucional**. São Paulo: Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010b.

GURGEL, M. G. I. et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 640-646, 2010.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 30-58.

HUGO, T. D. O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, 2011.

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 291-298, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, 2009 [Internet]. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

_____. **Tabela 2680**. 2012. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=2680&z=t&o=1&i=P>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

ISAYAMA, H. F. Reflexões sobre os conteúdos físico-esportivos e as vivências de Lazer. In: MARCELLINO, N. C. (Org.). **Lazer e cultura**. Campinas: Alínea, 2007. p. 31-46.

JUNQUEIRA, M. F.; DESLANDES, S. Resiliência e maus tratos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003.

LAMAS, M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. In: LAMAS, M. **El género. La construcción cultural de la diferencia sexual**. México: Programa Universitario de Estudios de Género, 2003.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.

LIMA, C. T. B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 71-83, 2004.

LIMA, F. C. A. et al. A experiência e atitudes de adolescentes frente à sexualidade. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 385-393, 2013.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S.; BORBA, P. L. O. A escolha pela saída da rua: desafios de um abrigo com crianças e adolescentes em situação de rua. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2, 2004. Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2004. p. 12-15.

- LOPEZ, F. G. Adult attachment security: the relational scaffolding of positive psychology. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, J. (Ed.). **Oxford handbook of positive psychology**. 2. ed. New York: Oxford Library of Psychology, 2009. p. 405-413.
- LOZA, C. A. M. Resiliência: um olhar diferente sobre a tragédia humana. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE FILOSOFIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA, 6., 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/biblioteca/modelo.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2008.
- LUNA, I. T. et al. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/Aids. **Ciencia y Enfermeria XVIII**, n.1, p. 43-55, 2012.
- LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. Processo da paternidade na adolescência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 43-50, 2010.
- MACHADO, M. M. P. **Adesão ao regime terapêutico**: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. 2009. 273f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Região do Minho, 2009.
- MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/Aids. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008.
- MAIA, F. R. et al. A Influência da Mídia na Sexualidade do Adolescente. **Rev. Mackenzie de educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 5, n. esp., p. 109-117, 2006.
- MAISTRO, V. I. A. O contexto escolar como um lugar de construção e de reflexão sobre a sexualidade. Trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE/ III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, Out. 2009. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1884_1033.pdf>. Acesso em: 03 set. 2014.
- MANDÚ, E. N. T. Adolescência: Saúde, sexualidade e reprodução. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto Acolher**: adolecer, compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn, 2001. 304 p.
- MARCELLINO, N. C. Lazer e cultura: algumas aproximações. In: _____. (Org.). **Lazer e cultura**. Campinas: Alínea, 2007. p. 9-30.
- MARTÍNEZ-BENLLOCH, I. et al. (Org.). **Imaginario cultural, construcción de identidades de género y violencia**: formación para la igualdad en la adolescencia. Madrid: Instituto de la Mujer, 2008.
- MARTINS, C. B. G. et al. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2012.
- MARTINS, L. B. M. et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.

MENDES, S. S. et al. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 385-389, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MIZUNO, C.; FRAID, J. A.; CASSAB, L. A. Violência contra a mulher: Por que elas simplesmente não vão embora? In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1., 2010. Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010.

MONTEIRO, R. L. M.; MONTEIRO, D. L. M. A mídia na informação sobre saúde sexual. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 17-28, 2005.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelos adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, n. 42, v. 2, p. 312-320, 2008.

MOURA, A. D. A. **Uso do preservativo por profissionais do sexo no município de Limoeiro do Norte – CE**. 2002. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

MOURA, A. D. A. et al. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto contexto enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 545-553, 2010.

MOURA, A. D. A.; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M. G. T. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 602-608, jul./set. 2009.

MOURA, L. N. et al. Informações sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 320-326, 2011.

NAIDOO, J.; WILLIS, J. **Health promotion: foundations for practice**. London: Royal College of Nursing, 1994.

NASCIMENTO M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 41-47, 2011.

NUNES, E. L. G.; ANDRADE, A. G. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/aids em Santo André, Brasil. **Psicol. Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 45-54, jan./abr. 2009.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, 2009.

OLIVEIRA, D. C. et al. “Pegar”, “ficar” e “namorar”: representações sociais de relacionamento entre adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 497-502, 2007.

OLIVEIRA, V. L. B. **Sexualidade no contexto contemporâneo**: um desafio aos educadores. Educação Sexual: múltiplos temas, compromisso comum. Londrina: UEL, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório ‘So what?’**: uma análise sobre se integrar um enfoque de gênero aos programas produz diferença nos resultados. 2006. 79p. Disponível em: <http://www.prb.org/igwg_media/thesowhatreport.pdf>. Acesso em: 05 maio 2014.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, supl., p.s25-s32, 2011.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, supl.1, p. 45-53, 2008.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 1, p. 13-22, jan./abril. 2014.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Tricksters”. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília, DF: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 121-143.

PEIXOTO, C, R, C.A linguagem, o sujeito e o currículo no pós-estruturalismo: reflexões para a prática de em linguagem estrangeira. **Eutomia literat. Linguíst.**, ano I, n. 1, p. 489-508, 2008. Disponível em: <<http://www.revistaeutomia.com.br/volumes/Ano1-Volume1/linguistica-artigos/Cesar-Roberto-Campos-Peixoto.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

PENDER, N. J. **Health promotion in nursing practice**. 3. ed. Stamford: Appleton & Lange, 1996 apud SAKRAIDA, T. J. **Nola Pender**: health promotion model. New York: Mosby, 2011.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 6. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2011.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; LEITE, L. C. A prática de profissionais cuidadores em abrigos: enfrentando a violência vivida por mulheres adolescentes. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 981-987, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_09.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua na ótica dos profissionais cuidadores do abrigo. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 301-307, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a11.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

PENNA, L. H. G. et al. Concepção de profissionais de unidades de acolhimento sobre a maternidade em Adolescentes abrigadas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 44-52, 2012.

PESCE, R. P. et al Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, DF, v. 2, p. 135-142, 2004.

PIRES, S. M. F. Amor romântico na literatura infantil: uma questão de gênero. **Educar**, Curitiba, n. 35, p. 81-94, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B, **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde reprodutiva/Planeamento familiar**. Lisboa: DGS, 2008.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

RESTA, D. G. et al. Adolescentes: por quais motivos elas engravidam? **Rev. enferm. UFPE** Recife, v. 8, n. 5, p. 1229-1236, 2014. Disponível em:<[Http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista)> Acesso em: 02 ago. 2014.

RIBEIRO, C.; CAMPUS, T. M. T. A. **Afinal, que Paz queremos?** Lavras: UFLA, 2004.

RIBEIRO, M. O.; CIAMPONE, M. H. T. Crianças em situação de rua falam sobre os abrigos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 309-316, 2002.

RIBEIRO, S. R. T. **Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

RIEKOWSKI, T.; ALMEIDA, V. A influência do sistema familiar na repetição indesejada da gravidez na adolescência. **Ágora: R. Divulg. Cient.**, Mafra, v. 16, n. 2, 2009.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353-357, 2008.

ROLEMBERG, M. C. F. et al. Proposta Pedagógica para rede de abrigos. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MAGISTRADOS E PROMOTORES DE JUSTIÇA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE, 21., 2006. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABMP, 2006.

ROMERO, K. T. et al. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 14-19, 2007.

RUTTER, M. Resilience: Some concept and considerations. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 14, n. 8, p. 690-696, 1999.

SAKRAIDA, T. J. Nola Pender: health promotion model. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. New York: Mosby, 2011. p. 452-471.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012.

SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 48-56, 2009.

SANTOS, J. Assistência à Saúde da Mulher no Brasil: aspectos de uma luta social In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005, São Luis. **Anais...** São Luis: UFMA, 2005. p. 1-9.

SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 266-271, 2000.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP; Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 29 dez. 2013.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ. Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 2005.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil**. Campinas: Núcleo de Informática Biomédica/Unicamp, 1997. Disponível: <<http://www.hospvirt.org.br>>. Acesso em: 29 dez. 2013.

SEQUEIRA, V. C. Resiliência e abrigos. Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. **Boletim Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 65-80, 2009.

SERAFIM, A. P. et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011.

SERRA, A. S. L.; MOTA, M. S. F. T. Adolescentes promotores de saúde. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 56-60.

SILVA, P. D. B. et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 185-189, 2005.

- SILVA, S. C. et al. Análise da produção do conhecimento de enfermagem acerca da sexualidade dos adolescentes. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 2012. Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: UnB, 2012.
- SOARES, R. F. R. Juventude e sexualidades na mídia contemporânea. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14., 2007. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRAPSO, 2007.
- SOUSA, L. B.; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 408-413, 2006.
- SOUSA-MATA, A. N. et al. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. **Rev. colomb. psicol.**, Bogotá, v. 18, n. 2, p. 167-175, 2009.
- SOUSA, V. F. F.; NUNES, M. L. S.; MACHADO, C. J. S. “Ficar é ...”: Um código de relacionamento entre adolescentes. **Cad. Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 25, n. 2, 2012.
- SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, DF, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduo sob tratamento em CAPS AD: o ecomapa como recurso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.
- STEINBERG, L. A dual system model of adolescent risk-taking. **Develop. Psychobiol.**, Philadelphia, v. 52, n. 3, p. 216-224, 2010.
- SUPLICY, M. et al. **Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia**. 10. ed. São Paulo: Caso de Psicólogo, 2005.
- TAQUETTE, S. R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente / jovem**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007.
- TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 4, p. 467-470, 2011.
- TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. **Adolesc. Saud.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 56-64, 2012.
- TEIXEIRA, A. M. F. B. et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.
- TEIXEIRA, S. A. **Matrizes e Matizes das Estratégias de Inserção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos Engendrados por Feministas Acadêmicas Brasileiras**. 2010. 186f. Tese (Doutorado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: Percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 296-302, 2007.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Rev. Interinst. Psicol.**, Uberlândia, v. 5, n. 2, p. 254-269, 2012.

TUVAL-MASHIACH, R. et al. Romantic fantasies, crossgender friendships, and romantic experiences in adolescence. **J. Adolesc. Res.**, v. 23, n. 4, p. 471-487, 2008.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 235-240, 2005.

VIEIRA, E. M. et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-270, 2002.

VIEIRA, J. C. B. et al. Violência doméstica contra o adolescente: uma reflexão para a prática de enfermagem. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.15-19, 2009.

VIEIRA, M. L. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2007.

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

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005. 328 p.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 635-667.

WIESE, I. R. B.; SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidade dos adolescentes às DST/aids: ainda uma questão de gênero? **Psic. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 12, n. 1, p. 105-118, 2011.

APÊNDICE A – Carta de Autorização para a Pesquisa de Campo



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Ilmo. Sr. Diretor (a),

Vimos por meio deste solicitar a V.Sa. autorização para realizar uma pesquisa neste dispositivo de acolhimento. O objeto da referida pesquisa é a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional. A pesquisa tem como objetivo geral analisar a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional considerando a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender e objetivos específicos: a) identificar e analisar os comportamentos e aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais relacionados à saúde sexual de adolescentes acolhidas; b) identificar e analisar os sentimentos e fatores influenciadores das adolescentes acolhidas associados à promoção de sua saúde sexual; c) indicar possibilidades de cuidados auxiliadoras na autopromoção/autocuidado da saúde sexual das adolescentes em acolhimento.

A produção dos dados será realizada nos meses de março a maio de 2014 onde serão realizadas encontros com as adolescentes acolhidas neste dispositivo.

Serão respeitados os princípios éticos e legais da legislação para pesquisas envolvendo seres humanos – CNS 466/12. Portanto, garantimos o anonimato das participantes, assegurando-lhes a inexistência de riscos ou prejuízos. Mantendo o rigor ético, os dados serão divulgados na comunidade científica.

Comprometemo-nos a retribuir com os resultados da nossa pesquisa e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos. Desde já agradecemos e aguardamos sua apreciação e aprovação.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014.

Atenciosamente,

Mestranda Liana Viana Ribeiro

Prof^a Dr^a Lucia Helena Garcia Penna
(Orientadora)

Para preenchimento da instituição solicitada:

() Deferido () Indeferido

Observações: _____

Data: ____/____/____

Direção

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: contribuições da enfermagem na perspectiva da Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender”** que tem como objetivo geral analisar a promoção da saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento institucional considerando a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender e objetivos específicos: a) identificar e analisar os comportamentos e aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais relacionados à saúde sexual de adolescentes acolhidas; b) identificar e analisar os sentimentos e fatores influenciadores das adolescentes acolhidas associados à promoção de sua saúde sexual; c) indicar possibilidades de cuidados auxiliadoras na autopromoção/autocuidado da saúde sexual das adolescentes em acolhimento. A pesquisa terá duração 1 (um) ano.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Para garantir seu anonimato, possibilitaremos que cada sujeito escolha o nome pelo qual gostaria de ser identificado. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista que será norteadas por perguntas presentes no instrumento de coleta de dados. Está será gravada e os arquivos de gravação salvos serão excluídos após 5 anos do término da pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá **riscos** de qualquer natureza relacionados à sua participação na pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço dos pesquisadores e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro, ___ / ___ / ___

Pesquisadora

Orientadora

Orientadora: Lúcia Helena Garcia Penna. E-mail: luciapenna@terra.com.br

Pesquisadora: Liana Viana Ribeiro. E-mail: liana_vian@hotmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ___ / ___ / ___

Nome Assinatura do entrevistado

Nome Assinatura do representante legal

Telefone para contato da ENF/ UERJ: (021)2587-6335 - Endereço do Conselho de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto: Av. 28 de Setembro 77 Térreo - Vila Isabel - Rio de Janeiro/RJ - 20.551-030. Telefone para contato: (021) 25876353 / 22640853

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados

1º INSTRUMENTO - ANTES DO ABRIGAMENTO
--

Iniciais: _____

Nº da entrevista: _____

Nome: _____

1. FATORES PESSOAIS: (Características e experiências individuais/vivências)**1.1 SOCIOCULTURAL****A) Identificação**

- a) Quantos anos você tem? _____
- b) Você estuda? Até que série estudou ou se encontra? _____
- c) Qual sua cor de pele? _____
- d) Você possui religião? Qual? _____
- e) Trabalha remunerado? Em que? Tempo dedicado ao trabalho? _____
- f) Como era composta sua família? _____
- g) Quem você considerava mais próxima à você (responsável por você)? _____

B) Vivência no abrigo

- a) Já conhecia o abrigo antes?
- b) Antes de vir para o abrigo, como achava que era esse espaço?
- c) Esteve em algum abrigo antes?
- d) Como você achava que seria sua vivência lá?
- e) Descreve o que você percebia de bom em viver no abrigo? E de ruim?
- f) Que atividades fazia no dia a dia antes de vir morar no abrigo? Quais eram suas atividades de lazer?
- g) Saberria me dizer porque hoje você está no abrigo?

C) Relações Sociais e Interpessoais (adolescentes, pessoas do abrigo, família):

- a) Como era sua relação com os outros adolescentes?
- b) Antes de vir ao abrigo você estava se relacionando com alguém?
- c) E como era essa relação?

- d) Descreva sobre sua vida afetiva (ficante, namorado, união estável, sexo do parceiro, um ou mais parceiros, frequência) _____

D) Promoção da saúde – referência do abrigo e serviços de saúde

- a) O que você entendia sobre sexualidade antes de vir para o abrigo? E saúde sexual? E promoção da saúde? E vida sexual?
- b) Quais os métodos contraceptivos você conhecia antes do abrigo? Onde recebeu essas informações?
- c) O que você entendia por doença sexualmente transmissível (DST)? Você já ouviu falar sobre Doença Sexualmente Transmissível (DST)? Onde? Quais você conhecia?
- d) Alguém da sua família lhe orientou sobre se proteger de doença transmitida pelo sexo, como se cuidar e evitar gravidez? E o que falavam?
- e) Que lugares você ouviu falar sobre esses assuntos?
- f) Conte-me quais foram as principais fontes de informações sobre esse assunto?
- g) Dessas informações recebidas, quais eram as mais fáceis de realizar para você? Por quê?
- h) Quais as informações que você utilizava mais?

1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS

- a) Lembra de alguma doença que você já teve?
- b) Teve ou tem algum problema ginecológico? Qual? Esse problema é frequente? E procurou ajuda? Onde? E o que disseram? Que orientações recebeu?
- c) Como você considerava sua saúde antes de morar no abrigo? O que fazia para mantê-la?

1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS (Autoestima, Automotivação, Competência pessoal, Personalidade)

- a) O que você achava sobre seu corpo? Por quê?
- b) Como você acha que as pessoas te viam?
- c) Antes de estar no abrigo que parte do seu corpo mais gostava e detestava? Por que? Você cuidava de sua saúde? Como?

2. COMPORTAMENTO SEXUAL E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL ANTERIOR AO ABRIGAMENTO

2.1 Comportamento de saúde sexual

- a) **Início das atividades sexuais:** Conte-me como foi sua primeira relação sexual. Como se sentiu?
- b) **Parceiros sexuais:** Quantos parceiros sexuais teve antes? Como era seu relacionamento com ele/ela(s)? Qual era/é sua opção sexual?
- c) **Frequência atividade sexual:** Com que frequência fazia sexo?
- d) **Atividade sexual protegida/desprotegida; obrigada/consentida:** Usava alguma proteção? Qual? Fazia sexo sem sua vontade/ obrigada/ somente para satisfazer o companheiro?
- e) **Métodos contraceptivos conhecidos e utilizados.** Quais os métodos contraceptivos utilizava? Como se sentia utilizando métodos contraceptivos?
- f) **Doença Sexualmente Transmissível:** Já teve alguma doença transmitida pelo sexo antes? Qual?
- g) **Tratamento ou cirurgia ginecológica:** Procurou algum serviço de saúde para tratamento ou cirurgia ginecológica?
- h) **Violência sexual:** Já viu alguma violência na sua família? E você, já sofreu alguma violência? Já foi agredida? (por quem?)
- i) **Gestações/ aborto:** Já engravidou alguma vez? (Quantas vezes?) Já teve algum aborto espontâneo? E provocado? Você tem vontade de engravidar? Com que idade pretendia engravidar? Fale sobre isso?

2.2 Práticas de cuidado para promoção da saúde sexual

- a) **Práticas de cuidado adotadas para a promoção da sua saúde sexual:** Que cuidados você tinha para promover sua vida sexual antes de morar no abrigo?
- b) **Cuidados com o corpo:** Fale o que fazia para cuidar de seu corpo?
- c) **Medidas preventivas contra Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez:** Quais eram as medidas adotadas por você para evitar as doenças transmitida pelo sexo? E para não engravidar, o que fazia?

- d) **Consulta ginecológica/Exames (frequência):** com que frequência você ia às consultas ginecológicas? Quais orientações e cuidado o(a) Profissional de saúde realizava?
- e) **Cuidados em relação à Sexualidade:** O que fazia para manter a sexualidade/vida sexual? Quais as informações/ orientações/ cuidados que você sabia antes de vir para o abrigo sobre cuidados para vida sexual? Por quem recebeu? Se sentia informada sobre promover cuidar da sua vida sexual. Como ou Porque?
- f) **Aspectos facilitadores da promoção da saúde sexual:** na sua opinião o que facilitava a prevenção de doenças transmitidas pelo sexo e a gravidez indesejada? Por quê?
- g) **Barreiras/dificuldades para a promoção da saúde sexual:** quais eram os fatores que dificultavam a prevenção de doenças transmitidas pelo sexo e a gravidez indesejada? Por quê?

2º INSTRUMENTO - APÓS O ABRIGAMENTO
--

1. FATORES PESSOAIS: (Características e experiências individuais/vivências)

1.1 SOCIOCULTURAL

A) Identificação

- a) Você continua estudando ou parou de frequentar a escola?

B) Vivência no abrigo

- a) O que você pensa sobre um abrigo hoje?
- b) Como é essa vivencia para você após morar no abrigo?
- c) O que você vê de bom em viver no abrigo atualmente? E de ruim?
- d) Percebe alguma mudança em você durante essa vivencia?
- e) Que atividades faz no dia a dia aqui? Quais suas atividades de lazer?

C) Relações Sociais e Interpessoais

- a) Após o abrigamento, conte-me sobre sua interação com outros adolescentes, profissionais do abrigo e sua família.
- b) Você está se relacionando com alguém no momento?
- c) Como você percebe essa relação atualmente?
- d) E como é essa relação?

- e) Descreva sobre sua vida afetiva atualmente (ficante, namorado, união estável, sexo do parceiro, um ou mais parceiros, frequência) _____

D) Promoção da saúde – referência do abrigo e serviços de saúde

- a) O que você entende hoje sobre sexualidade? E saúde sexual? E promoção da saúde? E vida sexual?
- b) Quais os métodos contraceptivos você conhece hoje? Onde recebeu essas informações?
- c) O que você entende por doença sexualmente transmissível (DST) hoje? Que lugares mais ouviu falar sobre DST? Quais você conhece atualmente?
- d) Após estar no abrigo, quem lhe orientou sobre se proteger de doença transmitida pelo sexo, como se cuidar e evitar gravidez?
- e) De que forma o abrigo vem ajudando na sua saúde sexual?
- f) De que maneira os profissionais do abrigo trabalham com vocês as questões sobre o sexo, sexualidade, saúde... Quais são as orientações?
- g) Que outro lugar você escuta falar sobre esses assuntos?
- h) Conte-me que as principais fontes de informações sobre esse assunto atualmente? Quais seriam as fontes de informação com maior facilidade de acesso para você hoje? Por quê?

1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS

- a) Teve algum problema de saúde durante essa vivência no abrigo?
- b) Tem algum problema ginecológico? Qual? É frequente? Procurou ajuda? Onde? E o que disseram? Que orientações recebeu?
- c) Como você percebe sua saúde hoje? O que faz para mantê-la? Você *se cuidava da mesma forma antes? Quais mudanças você percebeu? O que fez você mudar?*

1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS (Autoestima, Automotivação, Competência pessoal, Personalidade)

- a) O que você acha do seu corpo hoje durante essa vivência no abrigo? Por quê?
- b) Como você acha que as pessoas te vêem hoje?
- c) Durante a vivência do abrigo, o que você passou a gostar mais e detestar no seu corpo?

2. COMPORTAMENTO SEXUAL E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL APÓS O ABRIGAMENTO

2.1 Comportamento de saúde sexual

- a) **Parceiros sexuais:** Quantos parceiros sexuais tem atualmente? Como é seu relacionamento com ele/ela(s)? Qual a opção sexual hoje? Quais *mudanças após o abrigo* você percebe em relação a seu relacionamento com seus parceiros sexuais?
- b) **Frequência atividade sexual:** Hoje, com que frequência faz sexo?
- c) **Atividade sexual protegida/desprotegida; obrigada/consentida:** Usa alguma proteção? Qual? Faz sexo sem sua vontade/ obrigada/ para satisfazer só o companheiro? *Conte-me como é essa prática?*
- d) **Métodos contraceptivos conhecidos e utilizados.** Quais métodos contraceptivos utiliza agora? Experimentou algum método contraceptivo novo? Qual? Continua usando? Como se sente utilizando métodos contraceptivos?
- e) **Doença Sexualmente Transmissível:** *no abrigo, teve algum problema ginecológico? Adquiriu alguma DST?*
- f) **Tratamento ou cirurgia ginecológica:** Procurou algum serviço de saúde para tratamento ou cirurgia ginecológica? Qual?
- g) **Violência sexual:** Dentro do abrigo, sofreu alguma violência? Foi agredida? (por quem?). Que tipo de violência sofreu?
- h) **Gestações/ aborto:** Quantos filhos tem? Durante o abrigo, teve algum aborto espontâneo? E provocado? Que lugar foi? Você tem vontade de engravidar? Com que idade pretendia engravidar? Fale sobre isso?

2.2 Práticas de cuidado para promoção da saúde sexual

- a) **Práticas de cuidado adotadas para a promoção da sua saúde sexual:** Que cuidados você tem hoje para promover sua vida sexual?
- b) **Cuidados com o corpo:** Fale o que faz para cuidar de seu corpo hoje?
- c) **Medidas preventivas contra Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez:** Quais são as medidas adotadas por você para evitar adquirir DST? E para não engravidar, o que faz?
- d) **Consulta ginecológica/Exames (frequência):** com que frequência você ia às consultas ginecológicas? Quais orientações e cuidado o(a) Profissional de saúde realizava?
- e) **Cuidados em relação à Sexualidade:** quais mudanças você percebeu na sua sexualidade/vida sexual após a vivência no abrigo? O que faz hoje para mantê-la? Quais as informações/ orientações/ cuidados que você sabe sobre cuidados na vida sexual durante esse período no abrigo? Por quem recebeu? Se sente informada sobre promover cuidar da sua vida sexual. Como ou Porque?
- f) **Aspectos facilitadores da promoção da saúde sexual:** na sua opinião o que facilita a prevenção de doenças transmitidas pelo sexo e a gravidez indesejada? Por quê?
- g) **Barreiras/dificuldades para a promoção da saúde sexual:** quais são os fatores que dificultam a prevenção de doenças transmitidas pelo sexo e a gravidez indesejada? Por quê?

3 Resultado do comportamento de promoção da saúde sexual

- a) Conte-me as principais mudanças observadas na sua vida sexual antes e após o abrigamento.
- b) O que você faz para se ter uma boa vida sexual? (planejamento de ações).
- c) O que você acha que é preciso fazer para se alcançar boa vida sexual?
- d) Você tem vontade de mudar alguns hábitos anteriores para se ter uma boa vida sexual? Quais seriam essas mudanças?
- e) Tem alguma coisa mais a falar, que esqueceu de comentar na entrevista?
- f) Tem alguma pergunta ou dúvida que queira tirar sobre vida sexual e/ou promoção da saúde? Alguma temática que tenha interesse em conversar?

APÊNDICE D – Quadro de distribuição de Categorias de Análise

Quadro – Distribuição de categorias de análise

Categorias	Sub categorias	Unidades temáticas
1. Contexto da saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: características e experiências (177 UR)	1.1 Fatores Pessoais	a) Fatores Socioculturais
		b) Fatores relativos à Saúde Sexual e Reprodutiva das Adolescentes
	1.2 Comportamentos acerca da Promoção da Saúde Sexual (177 UR)	a) A dualidade das práticas sexuais (91 UR)
		b) Uso ou não uso de métodos anticoncepcionais (86 UR)
2. Sentimentos e Conhecimentos das adolescentes acolhidas sobre a promoção da saúde sexual (504 UR)	2.1 Características e Sentimentos relativos a saúde sexual de adolescentes acolhidas (75 UR)	a) Relações afetivas com o parceiro (61 UR)
		b) Sentimento relacionados à saúde sexual (14 UR)
	2.2 Aquisições de recursos sobre Promoção da saúde sexual (272 UR)	a) Acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, parceiros, família e experiência de vida ANTES do acolhimento (62 UR)
		b) Acesso a serviços de saúde, escolas e mídias, amigos, família, profissionais do abrigo DURANTE o acolhimento (210 UR)
	2.3 Mecanismos pessoais de enfrentamento da violência sexual (88 UR)	a) Comportamentos relacionados à violência sexual (18 UR)
		b) Reações comportamentais negativas relacionadas à violência sexual (48 UR)
		c) Resiliência - Reações comportamentais positivas relacionadas à violência sexual (22 UR)
	2.4 Sugestões para melhorias em saúde nas instituições de acolhimento (69 UR)	a) Sugestões em melhorias na saúde e na saúde sexual dos adolescentes do acolhimento (32 UR)
		b) Sugestões na estrutura e relacionamento interpessoal do acolhimento (37 UR)

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



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