



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Kezia Áurea Ramos de Almeida

**Violências, relações afetivas e drogas: estudo com adolescentes
em acolhimento institucional no Rio de Janeiro/RJ**

Rio de Janeiro

2018

Kezia Áurea Ramos de Almeida

**Violências, relações afetivas e drogas: estudo com adolescentes em
acolhimento institucional no Rio de Janeiro/RJ**

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

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Mattos Russo Rafael

Rio de Janeiro

2018

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

A447 Almeida, Kezia Áurea Ramos de.
Violências, relações afetivas e drogas : estudo com
adolescentes em acolhimento institucional no Rio de Janeiro : RJ /
Kezia Áurea Ramos de Almeida . – 2018.
161 f.

Orientadores: Lucia Helena Garcia Penna, Ricardo de Mattos
Russo Rafael.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Adolescente
institucionalizado. 3. Consumo de bebidas alcoólicas. 4. Drogas
ilícitas. 5. Violência. 6. Relações interpessoais. I. Penna, Lucia
Helena Garcia. II. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. III.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

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

Assinatura

Data

Kezia Áurea Ramos de Almeida

**Violências, relações afetivas e drogas: estudo com adolescentes em
acolhimento institucional no Rio de Janeiro/RJ**

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 28 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (Coorientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Joana labrudi Carinhanha
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

À minha família e àqueles que solidariamente guiaram os meus primeiros passos e me apoiaram, sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me fortalecer nessa jornada permeada de luta, pela oportunidade de ampliar olhares e, mais do que tudo, aprender, conhecer e mudar e fazer mudar. Com muito amor, agradeço a minha mãe que sempre me apoiou, me ditou as primeiras palavras e que me segurou nos meus primeiros passos. Você me sustentou durante toda esta trajetória, sem medir carinho, confiança, estímulo e garra. Você é o meu maior exemplo de vida, e sua dedicação me inspira muita fé. Fé em mim, em nós, no mundo.

Pai, sua perseverança e fé em mim que me trouxeram até aqui, você me ensinou com essa sua mania de arte a enxergar a vida com poesia. Aos meus melhores amigos, meus irmãos, agradeço por chorar o meu choro, rir o meu riso. Nosso vínculo é único e intransferível, é uterino o laço que compartilhamos.

Agradeço a vocês amigos e mestres pelos sorrisos, choros, tensões, alegrias, estímulos e aprendizados. Pelos momentos que nos marcam, nos ensinam. Obrigada pelas oportunidades de ressignificação de conceitos sobre a vida, sobre o outro e sobre mim mesma.

Orientadora querida Lucia, você tem sido a chave fundamental de inspiração e aprendizado para a minha vida acadêmica e profissional. Agradeço por todo exemplo, acolhimento, pela amizade, por ter acreditado e confiado em mim. Você sempre vai representar pra mim um exemplo de pessoa, e de profissional. Ricardo, obrigada por toda a amizade, pelo apoio e sobretudo por me fazer crescer tanto academicamente.

Apreendi que o essencial não se baseia em ser diferente, mas na diferença que fazemos onde estivermos. Descobri que não quero conquistar o mundo, quero mais, quero conquistar minha existência. E já que "viver é melhor do que sonhar": Avante! Sejamos "a mudança que queremos ver no mundo".

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar
diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é
indispensável para continuar a olhar ou a refletir.

Michel Foucault

RESUMO

ALMEIDA, Kezia Áurea Ramos de. **Violências, relações afetivas e drogas**: estudo com adolescentes em acolhimento institucional no Rio de Janeiro/RJ. 2018. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Este estudo tem como objetivo geral: analisar a associação entre uso/abuso de álcool e outras drogas com as manifestações de violências nas relações afetivas íntimas de adolescentes em acolhimento institucional. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes em acolhimento institucional que vivenciaram relações afetivas íntimas; estimar a prevalência do uso e abuso de álcool e outras drogas por adolescentes em acolhimento institucional que vivenciaram relações afetivas íntimas; e identificar as manifestações de violências nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo seccional com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em todas as unidades públicas de acolhimento institucional para adolescentes no município do Rio de Janeiro (SMAS/RJ). Participaram 72 adolescentes acolhidos de ambos os sexos, entre 12 e 18 anos no período de abril a junho de 2017 que já tinham vivenciado relação afetiva íntima. Aplicou-se um formulário multidimensional com instrumentos (PAJ, ASSIST2.0, CADRI) validados e adaptados transculturalmente de maneira individual, e os dados foram analisados através de Estatística descritiva através da tabulação no software EpiData e exportação ao Software STATA SE13 para limpeza, processamento e análise. Em conformidade com a resolução 466/2012 do CNS, a pesquisa foi aprovada pelo CEP nº1.779.288. Os dados foram organizados em três categorias: 1. Caracterização do perfil sociodemográfico de adolescentes em acolhimento no município do Rio de Janeiro; 2. Relações interpessoais e contextuais de adolescentes acolhidos no município do Rio de Janeiro; 3. Uso de álcool e drogas ilícitas e sua interface com a Violência nas relações afetivas íntimas. A primeira categoria mostra a realidade dos adolescentes acolhidos, maioria negros, pobres e usuários de drogas, que traz à luz a vulnerabilidade diante do desgaste dos laços familiares e sociais, dos estigmas e exclusão social legitimados na violência estrutural. Na segunda, os dados mostram contextos dos meios social e familiar em que se evidenciam a evasão escolar, discriminação sexual e comportamentos de risco e antissociais relacionados às práticas infracionais, violência, convívio com violência nas relações afetivas e drogadição atrelados ao relacionamento de pares e familiar. A terceira traz o uso de álcool e drogas para a maioria dos adolescentes, concomitante ao processo de aprendizagem social. Há intensificação da ocorrência de violência nas relações afetivas íntimas, envolvendo violência relacional, sexual e física de maneira simétrica e principalmente perpetrada por adolescentes femininas. Fomentar medidas de prevenção à violência, ao uso de álcool e outras drogas e promoção da saúde se faz importante nos sistemas de atenção à saúde, escola e unidades de acolhimento para o desenvolvimento de relações saudáveis.

Palavras-chave: Adolescência. Álcool. Drogas ilícitas. Violência nas relações afetivas íntimas.

ABSTRACT

ALMEIDA, Kezia Áurea Ramos de. **Violence, intimate relationships and drugs: study of sheltered adolescents in Rio de Janeiro/RJ.** 2018. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This study aims to analyze the association between alcohol and other drugs use and abuse with manifestations of violence in intimate relationships of sheltered adolescents. And as specific objectives: to characterize the sociodemographic profile of sheltered adolescents who experienced intimate relationships; to estimate the prevalence of use and abuse of alcohol and other drugs by sheltered adolescents who experienced intimate relationships; and to identify the manifestations of violence in the intimate relations of sheltered adolescents. It is a descriptive, exploratory study of the sectional type with a quantitative approach. The research was carried out in all public institutional shelter units for adolescents in the city of Rio de Janeiro (SMAS / RJ). Participants were 72 adolescents of both sexes, between 12 and 18 years old, sheltered between april and june 2017 who had already had an intimate relationship. A multidimensional form previously validated and transculturally adapted instruments (PAJ, ASSIST2.0, CADRI) was applied individually, and the data were analyzed through the descriptive statistics technique firstly through tabulation in the EpiData software and a later export to the STATA Software SE13 for cleaning, processing and analysis. In accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council, the survey was approved by the CEP number 1.779.288. The data were organized into three categories: 1. Characterization of the sociodemographic profile of adolescents in the city of Rio de Janeiro; 2. Interpersonal and contextual relations of sheltered adolescents in the city of Rio de Janeiro; 3. Use of alcohol and illicit drugs and its interface with violence in intimate relationships. The first category shows the reality of the sheltered adolescents, in majority poor, black and drug users, which shows the vulnerability which they are exposed by the distance of family and social ties, stigmas and social exclusion that legitimize structural violence. In the second category, the data show the contexts of the social and family environments in which school dropouts, sexual prejudice and antisocial and risk behaviors which relates to the infraction practices, violence, daily interaction with violence in intimate relationships and drug use associated to the peer pressure and family. The third category shows evidence of alcohol and drug use for the majority of adolescents, concomitant with the process of social learning through family and peer relationships. In addition, there is an intensification of vulnerability to the occurrence of violence in intimate and affective relationships, involving relational, sexual and physical violence in a symmetrical manner and mainly perpetrated by female adolescents. Promoting measures to prevent violence, alcohol and other drugs, and health promotion is important in health care systems, schools and shelters for the development of healthy relationships, also that would be adapted to the characteristics and needs of the sheltered adolescents.

Keywords: Adolescence. Alcohol. Street Drugs. Violence in intimate relationships.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo ecológico para compreender a violência proposto por KRUG et. al. (2002)	37
Figura 2 –	Unidades de Acolhimento no município do Rio de Janeiro (março a junho/2017)	60
Figura 3 –	Local das unidades de acolhimento e origem dos adolescentes em acolhimento institucional por Áreas Programáticas	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Fluxograma das Variáveis do Estudo	64
Gráfico 2 –	Distribuição de adolescentes por Instituição de Acolhimento, Município do Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)	73
Gráfico 3 –	Ocupação dos pais e responsáveis no período que antecedeu o acolhimento dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	77
Gráfico 4 –	Prevalência de discriminação sexual nos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	88
Gráfico 5 –	Prevalência de violência sexual sofrida por meninos e meninas em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017.....	88
Gráfico 6 --	Consumo de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017.....	97
Gráfico 7 --	Uso de drogas injetáveis nos últimos três meses por adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72).....	97
Gráfico 8 --	Tipologia das violências segundo sexo para adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1--	Unidades Públicas de Acolhimento do Município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil.....	59
Tabela 2--	Caracterização sociodemográfica e cultural dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	74
Tabela 3--	Caracterização dos responsáveis dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	76
Tabela 4--	Percepção sobre seu grupo de amizade dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)	85
Tabela 5-	Experiências difíceis vivenciadas pelos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	87
Tabela 6 -	Experiências vividas com os pais/responsáveis em períodos que antecederam o acolhimento	87
Tabela 7 -	Tipologia das violências nas relações afetivas de adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	98
Tabela 8 -	Razões de prevalência entre consumo abusivo/dependência de álcool e outras drogas e as formas de violência perpetradas em adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017	100

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
1.1	Adolescência e Sexualidade.....	19
1.1.1	<u>Uma questão biopsicossocial e de direitos.....</u>	19
1.2	Adolescência e situação de acolhimento: contextos de vulnerabilidade.....	25
1.2.1	<u>O processo de desafiliação e as várias faces da violência.....</u>	25
1.2.2	<u>Adolescência e acolhimento institucional.....</u>	27
1.3	Violência e drogas: as relações afetivas íntimas na adolescência....	33
1.3.1	<u>Violência nas relações afetivas íntimas na adolescência.....</u>	33
1.3.2	<u>Adolescência e as relações afetivas íntimas.....</u>	41
1.4	Drogas e Adolescência: implicações para a saúde.....	45
1.4.1	<u>Drogas e Adolescência.....</u>	45
1.4.2	<u>Adolescência, drogas e violência nas relações afetivas íntimas: variáveis associadas.....</u>	50
2	METODOLOGIA.....	56
2.1	Natureza e tipo de estudo.....	56
2.2	Cenário da Pesquisa.....	57
2.3	População de estudo.....	61
2.4	Dinâmica do Trabalho de Campo.....	62
2.5	Variáveis do Estudo.....	64
2.6	Instrumento de Coleta de Dados.....	65
2.7	Análise de Dados.....	67
2.8	Procedimentos Éticos.....	68
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
3.1	Caracterização do Perfil Sociodemográfico de adolescentes em acolhimento.....	70
3.2	Relações interpessoais e contextuais de adolescentes acolhidos no município do Rio de Janeiro.....	83
3.3	Adolescência, relações afetivas, consumo de álcool e outras drogas: as interfaces da Violência.....	95

CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A – Formulário Multidimensional.....	133
APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	154
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	156
ANEXO - Carta de Aprovação no Comitê de Ética.....	159

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a associação do uso de álcool e outras drogas com a violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional.

O crescimento mundial do número de jovens representa uma quantidade superior a qualquer época da história humana. A parcela de jovens totaliza 1,8 bilhões em uma população mundial de 7,8 bilhões de pessoas (Fundo de População das Nações Unidas, 2014). Esse crescimento se reflete, sobretudo nos países em desenvolvimento os quais abrangem 87% da população mundial dos jovens. Deste modo, o Brasil possui cerca de 190 milhões, dos quais 60 milhões apresentam idade menor de 18 anos, isto é, um terço de toda a população brasileira de acordo com dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Essa realidade demográfica representa desafios ligados à atenção de necessidades desta população uma vez que determina demandas socioeconômicas, políticas e de saúde. Entretanto, essa mesma realidade oferece oportunidades de investimento e, por sua vez, melhorias e desenvolvimento para a população de adolescentes e jovens (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

A adolescência se trata de uma construção social de repercussões na subjetividade do sujeito, não sendo considerada na perspectiva sócio-histórica como um período natural do desenvolvimento. Portanto se trata de um momento interpretado e construído pelo homem (BOCK, 2007).

Para o Ministério da Saúde a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos completos e a juventude abrange a faixa etária de 10 a 24 anos completos. Estas faixas se caracterizam como etapas críticas do processo de crescimento e desenvolvimento humano. A adolescência compreende uma fase transformadora no que diz respeito a aspectos físicos, psíquicos e sociais (BRASIL, 2010a)

Os jovens/adolescentes em função de suas peculiaridades referentes ao período de iniciação do exercício de sua sexualidade, se constituem um dos

grupos prioritários da Agenda Nacional de Pesquisa na Área da Saúde (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

É fundamental priorizar a promoção da saúde, em particular a saúde sexual e reprodutiva para este segmento populacional, principalmente relativo aos agravos resultantes do uso abusivo e álcool e outras drogas e violências. Isto é oportuno considerando as características referentes a esta fase de vida, como: as influências hormonais, os estímulos para tornar-se um indivíduo adulto, sua iniciação sexual considerando a puberdade, a impulsividade pelo novo e a tendência a comportamentos de risco (BRASIL, 2010a; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A adolescência é processual e contextual, de transformação psicossocial. É nesta fase que os adolescentes passam a se confrontar com tarefas fundamentais ao seu desenvolvimento, nomeadamente a construção de sua identidade, a procura de autonomia diante dos pais e a procura de relações significativas e afetivas.

Tais situações representam desafios ao adolescente que, dependendo do contexto em que se inserem, tendem a significá-los como conflitos emocionais os quais podem desencadear comprometimento das funções fisiológicas, distúrbios da alimentação e do sono, angústia, com expressões de um mix de sentimentos (ARAÚJO; COSTA; BLANK, 2009).

Na adolescência advêm as primeiras experimentações sexuais, tema permeado por valores, tabus, preconceitos, além de informações inadequadas ou insuficientes. O desenvolvimento da sexualidade está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo que aprende a relacionar-se consigo mesmo e com o outro, alcançando equilíbrio emocional para manifestar seus sentimentos, dar e receber afeto (SILVA, 2010).

A socialização e a sexualização ocorrem através de atitudes que exprimem a reprodução de padrões sociais aprendidos - com destaque para as assimetrias de gênero - desencadeando desejos, buscas, dúvidas, ansiedades, intimidades, medos, incertezas, confrontos e riscos na escolha das opções sexuais, além das inter-relações pessoais, com destaque dos relacionamentos afetivos (EISENSTEIN, 2013).

Os relacionamentos afetivos na adolescência correspondem a criação de laços afetivos que perpassam o descobrimento do corpo, aquisição de

identidade, desenvolvimento sexual e psicossocial. Através dos mesmos, o adolescente busca lidar com seus desejos sexuais e a testar suas capacidades aprendendo a se relacionar o que envolve "ficar", namorar, e ter relações sexuais (MATOS; FÉRES-CARNEIRO; JABLONSKI, 2005).

A adolescência em si já se caracteriza como um fator de vulnerabilidade à saúde diante das inúmeras transformações pelas quais passa. Quando a adolescência, permeada por interrogações, desafios, conflitos e contradições, é atravessada por situações adversas, que violem sua integridade física, psíquica e social - torna-se preocupante suas repercussões negativas para a saúde e estruturação emocional (CARINHANHA; PENNA, 2012).

A violência nas relações afetivas íntimas pode ocorrer com mais frequência nas relações de curta ("ficar") e longa duração. Caracteriza-se como qualquer comportamento que objetive o controle ou domínio do parceiro, por meios físicos, psicológicos ou sexuais, gerando sofrimento e danos para a saúde e desenvolvimento (CORNELIUS; RESSEGUIE, 2007).

Em se tratando de adolescentes em situação de acolhimento, em que a referência familiar encontra-se esgarçada, a juventude complica ainda mais o processo de maturidade e alcance de uma personalidade estruturada, uma vez que esta parcela da população tem seus direitos (até os mais básicos) constantemente negados. Somadas a estas condições, tais adolescentes na vivência de agressões em relações afetivas íntimas se deparam com danos físicos e psicológicos intensificados ao despreparo na identificação das situações de violência e no enfrentamento das mesmas. Tal fato, vivido cotidianamente interfere sobre sua maneira de ver e estar no mundo (CARINHANHA; PENNA, 2012).

Considerando que a saúde é influenciada por determinantes sociais, culturais e históricos, a vulnerabilidade ao agravo a saúde dos adolescentes, em particular, em situação acolhimento, se intensifica ainda mais diante do uso de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, solventes, cocaína e seus derivados, entre outros), gravidez precoce, aborto, agressão física, relação sexual desprotegida (CARINHANHA; PENNA; OLIVEIRA, 2014).

Portanto, considerando o fato de que estes adolescentes fazem das ruas ou da unidade de acolhimento seu espaço de sobrevivência, é neles que fazem também a descoberta da sua sexualidade. Dentro deste contexto, a vida sexual

geralmente precoce, é permeada por violência (social, estrutural, físicas e outras). E, assim, submetendo-se aos acontecimentos na rua, se arriscam a contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/SIDA) e/ou a vivenciar a gravidez precoce. Ademais, as interrupções na trajetória escolar, a ampla gama de oportunidades de vida restritas, a inacessibilidade a preservativos e ausência de educação sexual nos serviços públicos de saúde favorecem ainda mais a vulnerabilidade a saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes abrigados (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; BORGES & MEDEIROS, 2004; TAQUETTE et al., 2003; PANTOJA, 2003).

A intoxicação química, dentro deste contexto, pode se evidenciar como uma possibilidade para atenuar a condição de profundo desamparo e até mesmo a falta de garantias para a manutenção da própria vida. Nessas condições, anestesiar a consciência no sentido de amortecer as preocupações da vida lhes aparenta ser um elemento relativamente eficaz. Envolver-se no mundo das drogas, também se relaciona ao fato de que as mesmas garantem por exemplo ao adolescente sustentar o sentimento de onipotência característico desta fase da vida. Com isso, se ganha certo poder e posição que gera medo aos demais e acesso a bens de consumo. Além disso, este poder também pode se refletir nas relações afetivo-íntimas. Uma vez que a droga pode promover um "status de poder dominante". No caso de adolescentes do sexo masculino, podem inclusive obtêm maior visibilidade e passam a ser mais desejados pelas meninas (BRASIL, 2006a).

Um estudo realizado com um público de adolescentes em situação de rua destaca que o uso de drogas e álcool foi o principal agente gerador de violência nas relações afetivas íntimas. Isto porque foi demonstrada a forte incidência dessas substâncias nos acontecimentos que podem ser considerados violentos (ARPINI; GONÇALVES, 2011).

Nesse contexto, entendemos o uso recreativo de drogas como aquele que visa a transcendência e busca do alívio físico e psíquico imediato, ocorrendo em circunstâncias especiais. Enquanto uso abusivo entendemos o consumo descontrolado, repetitivo e pesado que geralmente pode conduzir à dependência tanto psicológica quanto fisiológica (CARANZA; PEDRÃO, 2005; PRATTA; SANTOS, 2009; MEDEIROS et. al, 2013). Nesse sentido, a

incidência de violência nas relações afetivas íntimas tem sido considerada maior em abusadores de drogas em diversas sociedades, culturas e diferentes grupos econômicos (DAY et al, 2003).

Estudos com vítimas de violência intrafamiliar demonstrou a predominância de mulheres cujo perpetrador costuma ser o companheiro, sendo o desequilíbrio familiar diretamente relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas, além de estar associado a pressões socioeconômicas gerando conflito e agressões (DAY et al., 2003; RAFAEL; MOURA, 2016).

Percebe-se então que, a reprodução das assimetrias de gênero nas relações afetivas íntimas quando associadas a utilização de álcool e drogas acaba por aumentar a vulnerabilidade da população feminina à ocorrência de violência em suas relações afetivas. Nesse sentido, adolecer trata-se de um processo de absorção de comportamentos a partir de experiências, considerando uma estrutura de padrões sociais e sexuais marcada por assimetrias de gênero, classe e etnia. Nas relações afetivas dos adolescentes, esta aprendizagem baseada na reprodução de valores sociais acaba se caracterizando por muitas situações de violência (BRASIL, 2010a).

A adolescência envolve transformações biopsicossociais que tornam a adolescência um período relevante no processo de crescimento e desenvolvimento na medida em que as mudanças físicas e biológicas da puberdade se associam à mudanças nos âmbitos psicossociocultural e econômico (FERRIANI; SANTOS, 2011). Colocamos em pauta, então, a vulnerabilidade da saúde destes adolescentes em relação às várias faces da violência nas relações afetivas íntimas somadas às questões do desenvolvimento durante a adolescência, as repercussões para a saúde e desenvolvimento psicossocial.

Urgem portanto, condições de saúde preocupantes diante do uso e abuso de álcool e outras drogas e também diante, também, da lacuna de conhecimento existentes sobre esta temática. Nesse sentido, destacamos a importância dos espaços de acolhimento institucional como central para mapeamento e compreensão do fenômeno da violência em seus aspectos individuais, programáticos e sociais, bem como espaço importante para educação sexual e prevenção da violência à luz da vulnerabilidade dessa população (IBGE, 2010; SAAVEDRA; MACHADO, 2012).

A questão do uso de álcool e outras drogas e atos violentos é complexa, insere-se no campo das problemáticas impostas à sociedade e têm afligido famílias, comunidades locais, nacionais e internacionais, desafiando autoridades e pesquisadores a apresentar respostas efetivas e eficazes. Considerando estes fatos, e a vulnerabilidade destes adolescentes no âmbito de sua saúde, seja em relação a sua sexual quanto na possível utilização de álcool e drogas, este estudo propôs os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Analisar a associação entre uso/abuso de álcool e outras drogas com as manifestações de violências nas relações afetivas íntimas de adolescentes em acolhimento institucional;

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes em acolhimento institucional que vivenciaram relações afetivas íntimas;
- Estimar a prevalência do uso e abuso de álcool e outras drogas por adolescentes em acolhimento institucional que vivenciaram relações afetivas íntimas;
- Identificar as manifestações de violências nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento.

Cabe ressaltar a importância da compreensão dos espaços por onde o adolescente transita para o entendimento das mudanças vividas, autopercepção e comportamentos do adolescente. Nesse sentido, o acolhimento institucional é o espaço social em que o adolescente se insere e a partir daí ocorrem desdobramentos na formação de sua identidade pessoal.

Vale lembrar o ineditismo do tema da violência no namoro entre adolescentes em acolhimento institucional no país. Até então, pesquisas sobre violência entre parceiros íntimos privilegiavam os relacionamentos entre adultos. Apesar das evidências científicas de que o consumo de álcool e outras drogas se relacionam ao maior risco de violência nas relações afetivas íntimas, são poucos os estudos populacionais de âmbito local, no Rio de Janeiro, que tenha investigado, até o presente, essa associação.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Adolescência e Sexualidade

1.1.1 Uma questão biopsicossocial e de direitos

A Constituição Federal Brasileira de 1988 definiu a democracia no Brasil, fundamentando-se na cidadania, dignidade da pessoa humana, no poder emanado do povo para construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Isto oficializou uma nova fase na política social calcada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade de ações, fundamentos defendidos na Reforma Sanitária que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010a).

O Sistema Único de Saúde (SUS), ferramenta deste processo político, determinou a ampliação da visão a cerca da saúde reconhecendo os diversos determinantes sociais, políticos e econômicos e suas interfaces diretas ou indiretas no processo saúde-doença de acordo com o Ministério da Saúde (2010a). Diante disso, o objetivo de melhora de qualidade de vida da população se instrumentalizou a partir da integração do setor saúde com as políticas sociais e setores organizados da sociedade.

Entretanto, o processo de construção do SUS como sistema unificado e integrado enfrentou desafios de ordem econômica e política. Por isso, o Pacto pela Saúde foi definido pelos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de saúde para transpor os diversos entraves no que diz respeito a organização do planejamento, do financiamento e da gestão do SUS.

O Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria nº399 de 2006 consiste num conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas da gestão (União, Estados e Municípios) para promover inovações e alcançar maior eficiência e qualidade. Por isso, o Pacto estabeleceu focos de ação prioritária considerando a diversidade brasileira, isto é, pautando-se na regionalização para desenvolvimento de ações estratégicas para melhoria da

qualidade de vida nas respectivas regiões de saúde. Entre as prioridades está a integralidade de atenção à saúde de adolescentes e jovens, o que abrange a promoção da saúde, fortalecimento da atenção primária de saúde e diminuição da mortalidade materna e infantil, entre outras que ecoam no quadro de saúde das pessoas jovens (BRASIL, 2006b).

Toda esta nova conjuntura política, inaugura uma fase nova e recente de proteção sócio-jurídica das pessoas jovens. A história da infância e adolescência foi marcada por iniciativas caritativas, filantrópicas, correccionais e repressivas, assistencialistas e paternalistas de atendimento ou acolhimento dos "menores" as quais mais podem ser conhecidas como registros de uma história de desproteção (VERONESE, 1999; FALEIROS, 2005).

Com a mudança de paradigma, surge um novo olhar para a adolescência e juventude. O SUS e suas ferramentas organizatórias, destacando-se o Pacto pela Saúde, passam a compreender o adolescente e as pessoas jovens como sujeito de direitos, credores de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e da proteção integral e especial como ratificou o plano normativo da Assembleia Geral das Nações Unidas na Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989 (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA, 2004).

Além disso, os Direitos Humanos foram estabelecidos com princípios norteadores da Constituição de 1988. Por isso, o cumprimento das obrigações internacionais assumidas e o reordenamento dos marcos jurídico-institucionais aos Critérios Internacionais de Direitos Humanos tornaram-se exigências constitucionais. Desta maneira, na lógica da Doutrina de Proteção Integral, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº8.080 de 1990a e Lei nº 8.142 de 1990b) e a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742 de 1993).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) complementa a Doutrina da Proteção Integral para reconhecer que todas as crianças e adolescentes (de doze a dezoito anos) como cidadãos possuem invioláveis direitos a integridade física, psíquica e moral nas diversas condições sociais e individuais. O ECA também prevê métodos e instrumentos de exequibilidade aos princípios constitucionais. Com ele surgem a Justiça da Infância e Juventude, os programas e políticas de assistência social e ampliação dos benefícios

assistenciais e políticas compensatórias e inclusivas como estratégias para redução de riscos e agravos de saúde dos jovens (BRASIL, 1990c).

As Leis Orgânicas da Saúde regulamentam o comando constitucional que estabeleceu o modelo descentralizado e universal de atenção à saúde. Nesta propõe-se intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo, organização da rede de atenção integral de saúde no território, e também articulação do trabalho intersetorial privilegiando o desenvolvimento econômico e social para melhoria destes determinantes de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A Constituição Brasileira criou o direito à assistência social que garante à pessoa humana existência digna e justiça social. Esse direito regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social determina o amparo às crianças e adolescentes e jovens carentes (BRASIL, 1993).

Assim, estas legislações surgem na lógica da descentralização, isto é, estabelece-se ênfase nos municípios para formulação de políticas. Isto possibilita melhor articulação institucional e o desenvolvimento de ações que deem conta da realidade local sem perder de vista a proposta nacional.

Diante disto, é importante mencionar que as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010a) recomendam que a saúde desse segmento populacional seja incluída nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias integradas inter federativa e intersetorialmente com as ações principalmente para promoção da saúde, prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas e dos problemas resultantes de violências, na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e SIDA e para melhoria ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo.

No que diz respeito às questões demográficas referentes ao nosso país, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta uma importante modificação demográfica relacionada a queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida e aos movimentos migratórios e urbanísticos. A geração de adolescentes e jovens de dez a 24 anos de idade

é a mais numerosa em toda a história do Brasil, representando no censo de 2010 um total de 51.402.851 pessoas. A Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas projeta que o número mundial de jovens desta mesma faixa etária chegará a dois bilhões até 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014; IBGE, 2010).

Esses mesmos jovens estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas principalmente as causas violentas mudaram a configuração da mortalidade juvenil substituindo progressivamente as causas endógenas. Ressaltamos a vulnerabilidade desse grupo populacional às causas externas em proporção mais significativa que o restante da população sobretudo em relação `Agressões a qual envolve alta taxa de homicídios principalmente ao sexo masculino e jovens negros, acidentes de transporte terrestre e suicídios que envolve as violências auto infligidas (BRASIL, 2010a).

Além disso, é a fecundidade das mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos que mais contribui para o nível geral prevalente no Brasil. Portanto, há a necessidade da disponibilidade de acesso a serviços de saúde que atendam a esta demanda com equidade, ou seja, que acolham este público em suas necessidades específicas e sejam eficazes na integralidade de atenção à saúde (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

Os jovens/adolescentes em função de suas peculiaridades referentes ao período de iniciação do exercício de sua sexualidade, acabam por se constituir um dos grupos prioritários da Agenda Nacional de Pesquisa na Área da Saúde. No âmbito da saúde reprodutiva e sexual, as características referentes a esta fase de vida, como: as influências hormonais, a fase de transição entre a infância e a idade adulta, a iniciação sexual considerando a puberdade e a impulsividade pelo novo determinam a necessidade de maior atenção por parte das políticas públicas e profissionais de saúde (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A sexualidade é um aspecto humano intrínseco e fundamental na saúde de adolescentes e jovens. Transcende o aspecto biológico, se configurando como fenômeno psicossocial, fortemente influenciado por valores culturais, pessoais e familiares, normas morais e tabus sociais (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

Dentro deste contexto, a puberdade constitui a manifestação física do escopo de transformações na adolescência. A mesma determina o início da capacidade reprodutiva no ser humano, durando cerca de dois a quatro anos nos quais as modificações físicas marcam esse momento de transição da infância para a idade adulta (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A adolescência também é etapa crítica de transformação psicossocial. É nesta fase que o adolescente passa a se confrontar com tarefas fundamentais ao seu desenvolvimento, nomeadamente a construção de sua identidade, a procura de autonomia diante dos pais e a procura de relações significativas e afetivas.

Além disso, a estruturação do perfil psíquico do adolescente compõe a afirmação da personalidade, exercício pleno da sexualidade e função reprodutora, crescimento espiritual, conclusão de projetos de vida produtiva, autoestima e independência. Tais situações representam desafios ao adolescente ainda imaturo, que - dependendo do contexto em que se insere - tende a significá-los como conflitos emocionais os quais podem desencadear comprometimento das funções fisiológicas, distúrbios da alimentação e do sono, dores de cabeça, angústia, com expressões de um mix de sentimentos (ARAÚJO; COSTA; BLANK, 2009).

Cabe ressaltar que a adolescência é a etapa em que se vivencia experimentação e perdas, de forma que esta experiência reformula sua identidade e visão de mundo. As perdas abrangem o luto pela perda do corpo e identidade infantis e luto pela perda dos pais da infância. Tais lutos são geralmente elaborados adjacientemente a uma variedade de manifestações emocionais e mudanças comportamentais que fazem parte do crescimento físico e psíquico (SILVA, 2010)

É na adolescência que se dão as primeiras experimentações sexuais, tema permeado por valores, tabus, preconceitos, além de informações inadequadas ou insuficientes. O desenvolvimento da sexualidade está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo que aprende a relacionar-se consigo mesmo e com o outro, alcançando equilíbrio emocional para manifestar seus sentimentos, dar e receber afeto (SILVA, 2010).

O "ficar" compreende práticas e desejos relacionados à satisfação e prazer sem formação de vínculo afetivo ou social. Este comportamento

geralmente se inicia com a descoberta da sexualidade. Entretanto, aspectos característicos desta fase da vida - como negação e comportamento de risco - vulnerabilizam ainda mais estes jovens a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com destaque preocupante para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) uma vez que as vivências sexuais nos vínculos afetivo/amorosos infelizmente ainda são considerados indicações de vulnerabilidade à saúde sexual (BRASIL, 2006c; TAQUETTE, 2011).

A saúde sexual pode ser entendida como capacidade dos indivíduos em experimentar e expressar sua sexualidade, de modo seguro a reduzir riscos de DST/HIV, gestações não desejadas, violência e preconceitos. Nesse sentido, destacamos a situação preocupante da AIDS no grupo etário de 13 a 24 anos, que representou 80% dos 24.603 casos identificados no Brasil de 2000 a 2006 de acordo com as notificações no SINAN (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2007).

A sexualidade na adolescência perpassa diversas instâncias: os valores familiares, as normas sociais resultantes majoritariamente de influências midiáticas, a maturidade física precoce, pressão dos grupos, senso de indestrutibilidade. Nesse sentido, impulsionados por seus pares, pelos meios de comunicação e por sensações - como desejo, curiosidade, necessidade de afeto e/ou independência- os adolescentes em geral agem instintivamente e desempenham comportamentos sexuais de risco. Por isso, a importância das políticas públicas priorizarem as demandas em saúde reprodutiva com foco na redução das vulnerabilidades e garantia de direitos.

1.2 **Adolescência e situação de acolhimento: contextos de vulnerabilidade**

1.2.1 O processo de desafiliação e as várias faces da violência

A presença de adolescentes nas ruas e ou em unidades de acolhimento torna-se reflexo de uma ordem social desigual que privilegia uns poucos em detrimento de muitos outros e que é perpassada pela violência em suas mais variadas facetas (das mais sutis às mais graves).

O comprometimento da estrutura familiar se inicia com a deficitária educação dos pais, o que leva ao desemprego ou subemprego ou ainda ao envolvimento com criminalidade. Pode-se dizer que há um extenso número de famílias monoparentais, geralmente carecendo da figura paterna o que afeta as referências paternas. Cabe citar também as violências física e verbal, negligência e negação. Ressaltamos também as situações de dependência química dos responsáveis diante do sofrimento em relação à injustiça, preconceito e falta de dignidade, situações capazes de seus campos de percepções, reflexões e experiências (SAWAIA, 2010; TRAD, 2010).

A saída do lar envolve a associação da violência estrutural e social associada a violência familiar. Os jovens em situação de acolhimento se inserem num contexto de desigualdade social. A saída para o acolhimento que em maioria das vezes envolve também a saída para a rua pode representar a fragilização ou rompimento dos vínculos sociais que lhes fornecia uma afiliação e proteção contra vulnerabilidade social, de forma que podemos considerar os menores em situação de acolhimento como desafiliados (CARINHANHA, 2009).

O modelo de Robert Castel (2005) traz a relação entre família e vulnerabilidade à luz de uma análise psicossociológica, isto é, apresenta como aspectos sociais se inter-relacionam aos aspectos individuais. O funcionamento familiar em vulnerabilidade se articula aos processos sócio-cognitivos pelos quais o indivíduo retraduz o conjunto de visão de mundo, condutas e conhecimentos estabelecidos pelo grupo social (CARINHANHA, 2009).

Ratifico ainda que Castel (2005) traz que a associação entre trabalho estável e inserção relacional sólida designam uma zona de integração. Adversamente, os efeitos negativos da ausência de participação em atividades produtivas somada ao isolamento relacional traz a zona de desafiliação. E, por fim, a zona de vulnerabilidade se faz intermediária e um tanto instável, combinando precariedade do trabalho com fragilidade das redes de apoio (CARINHANHA, 2009).

Assim, como salienta Ayres et. al (2003), as possibilidades de exposição das pessoas ao adoecimento se dão a partir de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais e programáticos ou institucionais, que acarretam maior suscetibilidade. Pelos princípios e diretrizes do SUS, diante deste panorama fazem-se necessárias estratégias específicas aplicáveis e uma resposta social advinda principalmente das políticas de Saúde Pública, tanto por sua gravidade quanto por seu alto custo individual e social (CARINHANHA; PENNA, 2012).

A vulnerabilidade de adolescentes diante da vivência da desafiliação no acolhimento institucional pode ser considerada intensa, não só se tratando das condições precárias socioeconômicas que vivenciam, possuem laços sociais esgarçados diante do afastamento da família e da pequena rede de apoio com a qual podem contar. A adolescência em si já caracteriza a vulnerabilidade a saúde sexual, uma vez que o impulso exercido na sexualidade na adolescência se faz marcado pelas transformações biopsicossociais. Além disso, para as adolescentes do sexo feminino amplia-se ainda mais a situação de vulnerabilidade. Por conta da intensa gama de assimetrias de gênero, encontram-se vulneráveis à violência sexual - manifestação de violência de gênero mais antiga. A vida nas ruas compromete o autocuidado e promoção de sua saúde reprodutiva e sexual, estando sujeitos a violência de gênero, física e sexual (CARINHANHA; PENNA, 2012).

Tratam-se de jovens que vivenciam muito intensamente a mobilidade social, pois, afastados de suas famílias, fazem das ruas o seu espaço de sobrevivência cujos laços sociais estão esgarçados. Isto significa que ora encontram-se vivendo em acolhimento institucional (são recolhidos voluntariamente ou não para as unidades), ora se encontram nas ruas, ora podem ser ou tentar ser reinseridos na família. Estes adolescentes transitam

por estes espaços conforme a circunstância que se apresenta. Nesse contexto, destacamos também as particularidades em ser uma jovem mulher em situação de rua, qualificando triplamente a vulnerabilidade a que está exposta: é adolescente, do gênero feminino e estão afastadas de suas famílias, vivenciando as ruas. Em particular, para as meninas, a vulnerabilidade ao agravo a saúde aparece no uso abusivo de drogas psicoativas, gravidez precoce, aborto, agressão física, relação sexual desprotegida (CARINHANHA, 2009).

O conceito de vulnerabilidade social elucida a ideia da maior exposição de um grupo ou pessoa a problemas sociais. Assim, auxilia na compreensão do comportamento de determinados grupos específicos e sua dificuldade de acesso a equipamentos sociais. Considera-se que um indivíduo ou um grupo torna-se vulnerável quando ocorre uma situação que o leva a quebrar seus vínculos sociais com o trabalho, a família ou seu círculo de relações. Nessa perspectiva são vulneráveis aqueles que possuem condições menos favoráveis para se integrar ao mercado de trabalho, como menor escolaridade e falta de residência fixa (CORRÊA; SOUZA, 2011).

Direcionando o olhar para adolescentes em situação de acolhimento, a vulnerabilidade se expande. Trata-se de uma população cujos direitos lhes são constantemente negados e, assim, interferindo no seu olhar e perspectivas de vida. Vivências de adversidades socioeconômicas, a negação daquilo que lhes é direito, violência de gênero, violência física e sexual, maus tratos. Tal conjuntura resulta em comportamento diferenciado no que diz respeito à sua saúde e qualidade de vida. Os vários entraves que se estabelecem, não só em relação à sua saúde trazem, portanto, à luz a necessidade de se tentar reduzir a intensa vulnerabilidade a qual estão sujeitos e, assim, lhes ser viável a conquista de um caminho rumo à cidadania.

1.2.2 Adolescência e acolhimento institucional

O acolhimento institucional ocorre com o objetivo de proteger o adolescente das violações de direitos, caso outras medidas não sejam

devidamente eficazes. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA determina a necessidade da criança ou do adolescente de separação da família natural de acordo com a autoridade competente a qual executará a medida de acolhimento. As instâncias responsáveis incluem o juiz da Vara Cível da Infância e Juventude como também o Conselho Tutelar (BRASIL, 1990c).

A etapa de acolhimento institucional se constitui como uma etapa de busca de solução para o caso do adolescente em situação de abandono ou violação de direitos. Por isso, deve ser uma medida provisória que não implica em privação de liberdade. Nesse sentido, ao ser acolhido, o trabalho se dá no objetivo do retorno do adolescente a família natural, mas se não houver êxito, deve-se iniciar o encaminhamento para a adoção (BRASIL, 1990c).

De acordo com o Cadastro Nacional de Adolescentes e Crianças Acolhidas, 47.182 crianças e adolescentes vivem em abrigos ou estabelecimentos mantidos por organizações não governamentais, igrejas ou outras instituições, dado que sofreu um aumento de 54,46% desde 2012 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017).

Diante da desigualdade econômica fortemente instalada no Brasil e o desgastes nos vínculos familiares, torna-se preocupante a estruturação destes adolescentes. A história política e social das instituições de acolhimento para adolescentes nos traduz uma lógica de marginalização. Somado às condições citadas, esta lógica impregnada de preconceitos e estigma contribui para a exclusão social com possibilidade de vivências de violências (CARINHANHA; PENNA, 2012).

A justiça ao constatar a situação de acolhimento e determinar o acolhimento deve agir mais eficazmente na origem do problema para que o adolescente retorne ao convívio familiar com segurança. Nesse sentido, na medida em que se conhece a realidade dos adolescentes em situação de acolhimento é possível propor medidas de intervenção que atendam a maioria das necessidades relacionadas as situações de violência por eles vivenciados (ASSIS; FARIAS, 2013).

Em suma, as unidades de acolhimento se tratam de um cenário de proteção a crianças e adolescentes que têm direitos básicos violados ou ameaçados pela ação ou omissão do Estado, pela falta ou omissão ou pelo

abuso dos pais/responsáveis. As modalidades de acolhimento institucional previstas pelo Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) abrangem a casa de passagem, unidade de acolhimento institucional de pequeno porte, casa-lar e república. As unidades de acolhimento institucional são responsáveis por prover aos adolescentes acolhidos todos os direitos fundamentais, utilizando todos os recursos oferecidos pelas políticas públicas municipais para zelar pela integridade física e emocional destes jovens. (GULASA et al., 2010).

A aplicação desta medida implica a suspensão do poder familiar sobre os adolescentes em situação de risco e se dá apenas por decisão do Conselho Tutelar e por determinação judicial (Justiça da Infância e Juventude). Portanto, durante o período de acolhimento institucional, estes adolescentes ficam legalmente sob a guarda do responsável pela unidade de acolhimento. Diante disso, seu atendimento é acompanhado pelas autoridades competentes, com atenção especial para a garantia de todos os direitos que lhes são assegurados na legislação brasileira, inclusive que se referem à convivência familiar e comunitária (GULASSA et al., 2010).

Sendo assim, a partir da implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o acolhimento institucional constitui uma medida de proteção que deve ser estruturada para o acolhimento transitório de adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. Os centros de acolhimento objetivam o desenvolvimento do adolescente, a reunião dos laços afetivos familiares e sociais dos acolhidos; prover as condições necessárias para a reinserção familiar e comunitária dos adolescentes; garantir atendimento médico terapêutico especializado ao acolhido, dentre outras (BRASIL, 1990c).

Os dispositivos de acolhimento institucional são compostos por profissionais que desempenham funções educativas, independentemente de sua especialização. Todas as instituições possuem uma equipe própria de educadores sociais (em sua maioria são profissionais de nível médio de escolaridade e caracterizam-se como cuidadores diretos das adolescentes, acompanhando-os no desenvolvimento de suas atividades diárias) e assistentes sociais, responsáveis pelo acompanhamento do acolhido e dos encaminhamentos necessários, levantados e viabilizados de acordo com as

demandas de cada um. Todo o trabalho realizado visa à conquista da autonomia e da inclusão social das pessoas acolhidas, para que elas não precisem mais da tutela do governo. Neste sentido, a instituição de acolhimento, assume a responsabilidade temporária pelos jovens, conferindo-lhes algum censo de cidadania (RIO DE JANEIRO, 2015).

A rede de serviços de acolhida para os adolescentes abrangem em acolhimento institucional, casas-lares, repúblicas, casas de passagem, e família acolhedora que está regulado pela Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB-Suas, para a proteção social especial de alta complexidade. As orientações técnicas dos serviços de acolhimento para adolescentes, que são de responsabilidade dos municípios, foram lançadas e detalhadas em 2009, elaboradas pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, coordenada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e pelo Conselho Nacional de Assistência Social (GULASSA et al., 2010).

As unidades de acolhimento institucional se tratam da modalidade mais utilizada de acolhimento. Sua escolha se baseia em indicadores que possibilitem um melhor atendimento à criança e à sua família. O primeiro indicador importante é o território. A proximidade física entre abrigo institucional e família possibilita o trabalho com a rede familiar, principalmente na troca de visitas, dos familiares à criança e da criança à família, favorecendo a manutenção do vínculo entre eles ((GULASSA et al., 2010)

Isto também possibilita o adolescente a frequentar a escola e os demais serviços da sua própria comunidade, podendo haver continuidade após a saída da criança do acolhimento. Alguns critérios importantes têm sido objeto de discussão e têm sido definidos parâmetros, em consonância com as orientações técnicas.

Após a Doutrina da Proteção Integral a Crianças e Adolescentes no país, se valoriza a revisão e mudanças das práticas nas unidades de acolhimento institucional, no sentido de superar o enfoque assistencialista que se arraiga nos programas de atendimento e implantar modelos os quais se relacionem a ações emancipatórias com base na cidadania e na ótica destes adolescentes como sujeitos de direitos em situação de desenvolvimento (GULASSA et al., 2010).

As unidades de acolhimento devem desenvolver ações que promovam condições necessárias para a reinserção familiar e comunitária dos adolescentes, através da construção coletiva de regras de convivência social que favoreçam a cidadania. A formação continuada destes jovens também é fator fundamental a ser desenvolvido pelas unidades, e especialmente se fundamentado num conjunto de ações dialógicas, participativas, contextualizadas, democráticas, críticas e criativas que estejam voltadas para construção de um projeto de vida e que também se relacionem com desenvolvimento de autonomia, boas relações, autoestima, resgate de laços afetivos familiares e societários dos adolescentes. É fundamental que também a integração de ações de arte, cultura, esporte, lazer e espiritualidade nas ações educativas, bem como a garantia de atendimentos terapêuticos especializado ao adolescente na instituição e na comunidade (ROLEMBERG et al, 2006).

Estas unidades correspondem ao local de moradia destes adolescentes nos quais contam com funcionários ao longo dos dias que trabalham em sistema de turno. Tais funcionários exercem a função de monitores ou educadores e são responsáveis por suprir as necessidades básicas de alimentação, higiene, saúde, educação, afeto e organização da rotina diária.

Estes adolescentes dividem dormitórios coletivos, geralmente comportando próximo a 10 adolescentes por quarto, podendo ser exclusivamente feminino, masculino ou misto. O espaço físico das unidades abrange também outras dependências como banheiros, salas de uso comum, refeitórios, áreas livres e os espaços administrativos, geralmente comportando em torno de 20 adolescentes. As casas lares tem uma estrutura que tem por objetivo garantir ao adolescente suas necessidades básicas de educação, saúde, lazer e afeto. As unidades de acolhimento devem promover direito à convivência familiar e comunitária sendo compartilhada esta responsabilidade ao poder Judiciário, Ministério Público, conselhos tutelares e de direitos e o próprio Poder Executivo nos níveis federal, estadual e municipal (SILVA; AQUINO, 2005).

A estadia nestas unidades deve ser provisória e de caráter excepcional, devendo-se objetivar o retorno a família de origem no prazo mais breve possível. Isto quer dizer que durante a medida, as instituições de acolhimento

contribuem com os demais atores da rede de atendimento no sentido de buscar manter vínculos familiares dos adolescentes e de apoiar as famílias a receber seus adolescente de volta de maneira adequada as suas funções. Entretanto, quando o retorno a família é inviável, a permanência destes nas instituições se faz por tempo considerável até que se reintegrem a outra família (SILVA; AQUINO, 2005).

É importante ressaltar os percalços apontados na literatura da adolescência diante de um acolhimento institucional. A literatura aponta que estes adolescentes, uma vez acolhidos institucionalmente, enfrentam diversos desafios: a separação comumente abrupta da família de origem, a inserção em ambiente institucional, a incerteza quanto ao futuro. Quando há destituição do poder familiar, vivenciam o luto e a expectativa de uma adoção. A tudo isso se soma, na maioria dos casos, uma história pregressa caracterizada por negligência e violência e um contexto de acolhimento marcado pelos problemas da má administração pública (MELO; SILVA, 2013).

De acordo com Rizzini e Rizzini (2004), em alguns casos, as instituições de acolhimento são vistas como espaços de revitimização, pois se caracterizam por uma intervenção coercitiva, que tendem a negar a vontade das crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Tais instituições possuem características como o atendimento a uma faixa etária predeterminada; número de crianças superior ao limite; estrutura física que não atende a descrita aqui e portanto não é adequada a seu fim.

O recebimento de tudo pronto e padronizado, como a comida, as roupas, os materiais escolares são heranças de um acolhimento baseado no modelo anterior do higienismo social. Por exemplo, os adolescentes não escolhem roupas, ou o que comer devido as orientações da nutrição, ou não escolhem praticamente nenhum dos objetos que irão acompanhá-los no dia a dia.. Marques e Czermark (2008) apontam por fim tais situações como prejudiciais a emergência de singularidades e autonomia. Nesta mesma linha de raciocínio, Cabral, Francischini e Cid (2012) argumentam que o acolhimento, com suas rotinas preestabelecidas e dissolução de singularidades, acaba por habituá-los a imposições vindas do exterior, de modo que as mudanças passam a ser incorporadas sem questionamento.

Sendo assim, as práticas de acolhimento devem se direcionar a reduzir práticas de sufocamento da singularidade e da criatividade, as quais produzem subjetividades controladas, determinadas, e pouco autônomas. Aspectos interessantes desenvolvidos na unidade de acolhimento é que as atividades oferecidas durante o período de acolhimento devem estimular o desenvolvimento de autonomia, tomada de decisões e da construção de relações objetivas saudáveis, compreendendo os adolescentes como sujeitos de direitos e em desenvolvimento (ROLEMBERG et al., 2006).

Principalmente porque a unidade de acolhimento se constitui na fonte de apoio social mais próxima e organizada que desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento do adolescente. Os profissionais da instituição constituem-se como referências, uma vez que desempenham papéis voltados para a reinserção social, e promoção da saúde desses adolescentes. Basicamente, enfatizam a prevenção de violência, para não uso/abuso de álcool e outras drogas, prevenção de múltiplas gravidezes, doenças sexualmente transmissíveis. Trabalham a autoestima e o autocuidado, promovem orientações comportamentais e relacionais, incentivam a profissionalização e entrada no mercado de trabalho (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2010).

1.3 Violência e drogas: as relações afetivas íntimas na adolescência

1.3.1 Violência nas relações afetivas íntimas na adolescência

A violência é um fenômeno presente no cotidiano social permeado por conflitos nas suas mais complexas formas de expressão e impõe ônus humanos às pessoas que vivenciam e perpetram estes atos como também impõe ônus econômicos aos países. Como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, é necessária a visibilidade da compreensão deste fenômeno em profundidade, desvelando suas dimensões particulares e

universais considerando o panorama histórico, das políticas de saúde e assimetrias de gênero (ERCOSIM, 2014).

As discussões em torno da questão da violência e a segurança cidadã, tem se protagonizado cada vez mais no Brasil, nas América, como também no mundo todo (WAISELFISZ, 2015). Esta problemática é uma constante em todas as regiões do país, como bem aponta Zaluar (1997): “ela está em toda parte, ela não tem nem atores sociais permanentes reconhecíveis nem ‘causas’ facilmente delimitáveis e inteligíveis”.

A violência se inclui nas causas externas de mortalidade, é notório o crescimento através das últimas décadas: em 1980 representavam 6,7% do total de óbitos na faixa de 0 a 19 anos de idade, em 2013 a participação aumentou de forma preocupante: atingiu o patamar de 29%. Tal é o peso das causas externas, que em 2013 foram responsáveis por 56,6% – acima da metade – do total de mortes na faixa de 1 a 19 anos de idade. Só para se ter ideia do significado: no ano de 2013, os homicídios representam 13,9% da mortalidade de 0 a 19 anos de idade; a segunda causa individual: neoplasias, tumores, representa 7,8% (WAISELFISZ, 2015).

Tal realidade não se faz distinta mas se reflete no que tange a perpetração e vitimização da violência no namoro entre adolescentes, a qual revela dados preocupantes no Brasil e em todo o mundo. Um estudo realizado recentemente com 643 adolescentes no Nordeste do país evidenciou que, em 2015, 19,2% dos adolescentes referiram já ter sido agredidos pelo(a) namorado(a) (BESERRA et. al, 2015). Internacionalmente a prevalência estimada encontra-se entre os 21,8% e os 60% (HAYNIE et al., 2013; STRAUS, 2004). Basile et al. (2006), numa investigação que envolveu 15.214 estudantes americanos de 158 escolas do ensino médio, verificaram que 8,9% experienciaram violência no namoro, sendo que 8,9% eram do sexo masculino e 8,7% do feminino.

No Brasil, um estudo com uma amostra de 455 jovens universitários de São Paulo identificou uma prevalência de 21,1% de violência entre parceiros íntimos (ALDRIGHI, 2004). Na Cidade do Recife/Pernambuco, Barreira et al. (2013), ao trabalharem com uma amostra significativa de adolescentes de escolas públicas e privadas, constataram que 19,9% dos adolescentes perpetraram violência física contra os seus parceiros íntimos. Oliveira et al.

(2011), num estudo com jovens de escolas públicas e privadas de capitais de dez estados brasileiros, identificaram uma prevalência de vitimização e perpetração bem acima dos valores nacionais e internacionais - 86,9% como vítimas e 86,8% como perpetradores.

No sentido da conceituação deste fenômeno, o termo violência, etimologicamente, é derivado do latim *violentia* que significa caráter bravo, força compreendendo um ato violento como o uso de força extrema. *Violare* significa tratar com violência, infringir sendo um ato de brutalidade, opressão, desrespeito, discriminação, coação, obstrução, ofensa, agressão física, moral, psíquica, ou patrimonial contra alguém (MICHAUD, 1989).

A Organização Mundial da Saúde (Krug et al., 2002) define violência como:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

O uso do poder e da força física inclui atos resultantes de uma relação de poder, incluindo ameaças, intimidações, negligência, todos os abusos físicos, sexuais e psicológicos, até mesmo suicídio e outros atos de auto-abuso. As consequências desses atos podem ser imediatas ou latentes - perdurar por anos após o abuso- e levam a problemas físicos, psicológicos e sociais, que não necessariamente causam lesões, invalidez ou morte (KRUG et al., 2002).

O enfrentamento das diversas manifestações de violência na adolescência em acolhimento institucional compreende fundamentalmente a compreensão da violência e a maneira pela qual os fatores interagem e a forma como influenciam no comportamento individual destes jovens, aumentando as chances de cometer ou sofrer violência nas relações afetivas íntimas. O modelo ecológico proposto por Krug et al. (2002) apresenta níveis distintos de fatores de risco e protetores os quais facilitam o delineamento do fenômeno e de estratégias de ação. É interessante que a atuação possibilite não somente a identificação das vulnerabilidades individuais, relacionais, comunitárias e sociais, mas também a potencialização dos fatores protetores próprios para rompimento do ciclo da violência.

Os fatores de proteção contra a violência podem ser categorizados para uma visão mais didática deste fenômeno complexo, Garmezy (1985) divide em

três categorias: a) atributos disposicionais - atividades, autonomia, orientação social positiva, autoestima, preferências; b) características da família - coesão, afetividade e ausência de discórdia e negligência; e c) fontes de apoio individual ou institucional disponíveis para a criança e a família - relacionamento da criança com pares e pessoas de fora da família, suporte cultural, atendimento individual como atendimento médico ou psicológico, instituições religiosas.

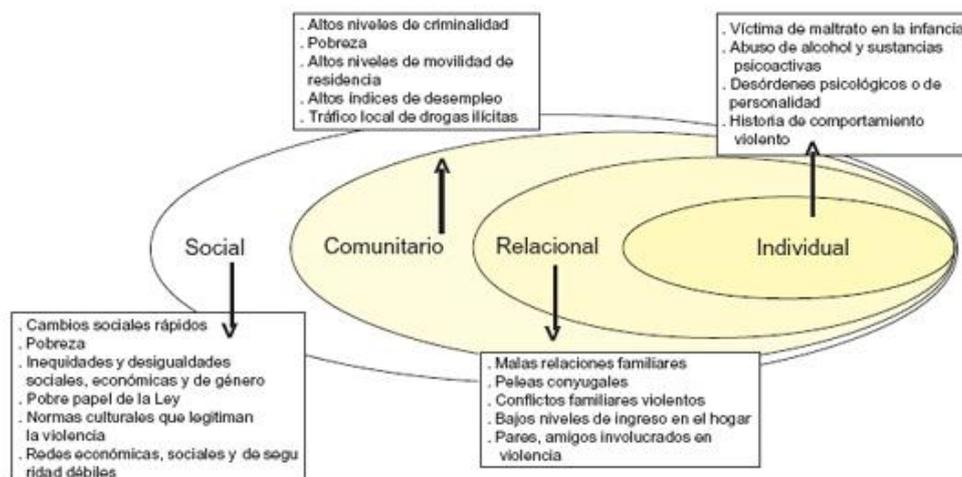
No modelo proposto por Krug (2002), a tipologia da violência a classifica em três diferentes e grandes categorias de quem comete o ato: Violência dirigida a si (auto infligida), violência interpessoal, violência coletiva, as quais podem ser de naturezas diferentes: física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência. Essas três grandes categorias se desdobram em tipos mais específicos de violência. A violência auto infligida se divide em auto abuso, como a automutilação, e em comportamento suicida por exemplo (KRUG et al., 2002).

A violência coletiva, por sua vez, se subdivide em violência social, como extermínios e crimes de ódios praticados por grupos sociais, violência política, definida por guerras e violência do Estado e grupos maiores. Também se divide em violência econômica, determinada por ataques de grupos maiores que se motivam pelo ganho econômico para interromper a atividade econômica e negar acesso a serviços essenciais por exemplo (KRUG et al, 2002).

A compreensão do fenômeno da violência se atrela ao entendimento dos diferentes fatores que complexamente se relacionam à violência na abordagem à saúde pública. O modelo ecológico explora a relação dos fatores contextuais e individuais, considerando a violência como resultado de vários níveis de influência e comportamento (KRUG et al., 2002).

A violência interpessoal se desdobra em violência da família e de parceiro íntimo, entre membros da família e parceiros íntimos não exclusivamente dentro do domicílio incluindo abuso infantil. Se desdobra também em violência comunitária que ocorre entre pessoas sem laços consanguíneos, inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência estupro, violência em grupos institucionais, como no acolhimento institucional, nas escolas, nas residências asilares (KRUG et al, 2002).

Figura 1 - Modelo ecológico para compreender a violência



Gráfica 1. Modelo ecológico para análisis de la violencia propuesto por la OMS, 2002

Tomado de: World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

Fonte: KRUG et. al., 2002

A violência nas relações de intimidade consiste na "violência física, sexual, ameaças de violência física/sexual e abuso psicológico/emocional perpetrado pelo cônjuge ou ex-cônjuge ou equiparado ou qualquer outro parceiro ou namorados do mesmo ou do sexo oposto (SALTZMAN et al., 1999).

A Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 2010) identifica os fatores de risco para a perpetração de violência por parceiro íntimo. Pode-se perceber que o maior risco de perpetração de violência nas relações afetivas para os adolescentes em acolhimento por conta da sua juventude, relacionado também ao fato de menor nível de escolaridade associada, ao maior grau de exposição a maus-tratos infantis e ao desenvolvimento de personalidade antissocial. Aspectos como o uso nocivo de álcool e aceitação social da violência também se relacionam com os riscos individuais de adolescentes em acolhimento à violência nas relações afetivas íntimas.

Quanto aos níveis relacional e comunitário pode-se destacar o relacionamento com múltiplos parceiros e as sanções comunitárias fracas contra violência juntamente à condição de pobreza respectivamente vulnerabilizando estes adolescentes a perpetração de violência nas relações afetivas íntimas. Além disso, cabe destaque aos fatores de risco de nível social

que esta população está exposta os quais dizem respeito às normas sociais e de gênero tradicionais que toleram a violência frequentemente difundidas nos grupos de socialização destes jovens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Cabe destacar o fenômeno da bidirecionalidade da violência. A literatura relata a perpetração da violência entre parceiros íntimos de maneira bidirecional, ou seja, ambos os parceiros podem ser violentos no contexto da reciprocidade e mutualidade. Nesse sentido, a violência pode ser experienciada por ambos os parceiros os quais são igualmente violentos. Entretanto, temos de destacar que a violência pode não ser simétrica quando os motivos e consequências são levados em conta (AMAR, 2007).

No contexto da adolescência, a violência bidirecional nas relações afetivas íntimas se sobrepõe à violência perpetrada apenas por homens ou apenas por mulheres, nem sempre sendo bidirecional e simétrica. Existem ainda muitas lacunas no que diz respeito a igualdade de gêneros com relação à violência nas relações afetivas íntimas (O'KEEFE, 2009).

Na adolescência, a violência nas relações afetivas íntimas se desenvolve em três naturezas principais: abuso físico, psicológico e sexual que podem surgir simultaneamente. O abuso físico, nas relações de intimidade, ocorre por meio de ameaças, de uso de força física ou restrição para provocar dor ao parceiro. Já a de ordem psicológica envolve um padrão de comunicação verbal ou não verbal para causar sofrimento psicológico que acontece sucessiva e continuamente através de insultos e ameaças verbais, ciúme doentio e isolamento, controle, manipulação e submissão, humilhação, ameaças contínuas de separação e abandono e traição, e também a destruição de objetos de valor (BARREIROS, 2009; MACHADO, 2010).

Nas relações afetivas íntimas, o abuso sexual surge através da pressão física ou psicológica exercida pelo parceiro para obrigá-lo a condutas sexuais não desejadas, com recurso à coerção, intimidação, humilhação, subordinação ou falta de defesa, incluindo também a violação e assédio sexual (Machado, 2010). O primeiro estudo realizado sobre violência nas relações afetivas - namoro, foi realizado por *Makepeace* na década de 1980 para prevalência da violência nas relações íntimas de estudantes universitários (MAY, 2002).

A partir dos anos 80, a comunidade científica internacional passou a estudar o fenômeno da violência nas relações afetivas íntimas com um foco maior na violência física e sexual (CARIDADE, 2008). Estudos realizados nas últimas duas décadas demonstram a magnitude da problemática da violência nas relações afetivas íntimas, a qual afeta uma proporção significativa da população jovem e se sustenta como um evento comum, independente da cultura ou nível ou nível de vulnerabilidade à violência (WHO, 2013). Leitão et al. (2013) afirma que um estudo sul-africano realizado com população de 928 jovens de 13 a 23 anos demonstrou que 42% do sexo feminino e 38% do sexo masculino apresentaram relato de violência nas relações afetivas íntimas em algum momento.

A realidade brasileira reflete tais dados, a primeira pesquisa nacional que trata do tema da violência nas relações afetivo-sexuais de adolescentes a qual foi realizada com cerca de quatro mil adolescentes nas diferentes regiões do Brasil, demonstra que 80% destes jovens já sofreram algum tipo de violência no namoro (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 2009).

Estes números não são altos somente na faixa etária da adolescência. Um estudo realizado em Recife com jovens e adultos jovens com idades variando de 18 a 29 anos, detectou a existência de uma série de normas que orientam a conduta dos parceiros no relacionamento às quais intitulou "manual do namoro". Estas normas são vivenciadas dentro de um jogo de tensão, pressão e conflitos cuja quebra se torna motivo de brigas entre o casal (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2011).

As motivações para recorrência à abusos nas relações de intimidade se relacionam intimamente com o gênero, mas há divergências na comunidade científica a cerca da relação entre os papéis desempenhados pelo gênero e este tipo violência - alguns autores afirmam simetria entre o gênero e outros que a violência na intimidade varia de acordo com o gênero (CARIDADE, 2008).

Os resultados empíricos sugerem que a violência nas relações afetivas íntimas na adolescência pode ser vivenciada desde a pré-adolescência até a idade adulta. Segundo Caridade (2008), a perpetuação de abusos como estratégias de controle e restrição da autonomia da mulher, nos

relacionamentos amorosos prediz violência conjugal. Assim, a fase do adolescer se trata de um período crítico de grande vulnerabilidade para as diversas formas de violência, especialmente a de natureza sexual diante da imaturidade emocional, inexperiência relacional e iniciação à sexualidade (LEITÃO et al., 2013).

Nesse contexto, os impactos a violência nas relações afetivas causa no adolescente perpassa danos de curto e longo prazo desde sequelas de stress pós-traumático, baixa autoestima, reações psicossomáticas e disfunções no comportamento alimentar, baixo rendimento escolar e ocupacional, perturbações emocionais e comportamentos sexuais de risco (CARIDADE; MACHADO 2006).

A violência nas relações afetivas íntimas na adolescência é influenciada pela concepção de amor do casal, o que permitirá o uso da violência na relação e a força dos seus impactos. Os impactos da violência são complexos e determinados por uma multiplicidade de fatores que podem atenuar seus efeitos, como vitimização anterior, frequência, duração, gravidade, proximidade da vítima ao agressor e os tipos de vitimização que vão mediar os efeitos negativos da violência (CARIDADE; MACHADO, 2006).

Nesse contexto, os valores e normas sociais influenciam o comportamento dos adolescentes no relacionamento íntimo e, a maneira como significam a violência somada à influência destas crenças sobre seu comportamento pode ser justificativa para o uso ou não de abuso nos relacionamentos. Assim, a forma como o adolescente interpreta situações de violência a legitima ou a previne (MACHADO, 2010).

Estudos demonstram que, na maior parte das vezes, o adolescente atribui a responsabilidade pela violência à vítima devido a sua personalidade ou a atos de provocação. Isto pode ser reflexo dos mitos em torno do fenômeno da violência que fazem referência às crenças estereotipadas na concepção do fenômeno da violência nas relações afetivas as quais desculpabilizam o agressor, banalizam a experiência da vítima, negam a gravidade dos maus-tratos e os privatizam e podem conduzir a não denúncia e não intervenção (MATOS et al., 2006).

Frente a estes mitos na forma de concepção da violência, um estudo sobre violência nas relações de intimidade revelou a dificuldade de

identificação atual dos eventos de abusos no relacionamento, sendo os mesmos percebidos somente após o término da relação. Para os jovens, a violência é significada pela maneira de acordo com o controle exercido sobre o outro, desconfiança e ciúme são determinados como forma de amor e cuidado e, além disso, os insultos, estalos, empurrões e desrespeitos são compreendidos como tratamentos que devem ser suportados porque o amor requer sacrifícios (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2011).

A relação do namoro é compreendida de forma rígida na qual o casal deve seguir normas que podem ser confundidas com cuidado, amor ou até mesmo como parte da relação.

1.3.2 Adolescência e as relações afetivas íntimas

A adolescência é uma fase evolutiva do ser humano nas quais se desencadeiam transformações necessárias para a transição da infância para a vida adulta. Essas transformações abrangem mudanças físicas e emocionais, ampliação no campo da socialização, evolução não linear de experiências e autonomia, inclusive na sexualidade. Assim sendo, o desenvolvimento da sexualidade está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do ser humano (BRASIL, 2010a).

Na adolescência se experenciam transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais e, por isso, se trata de uma etapa importante para adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia. Esta fase de desafio também se configura suscetível à exposição a diversas situações que envolvem riscos presentes e futuros para a saúde (IBGE, 2010).

Na adolescência se desenvolve a puberdade e início da atividade sexual. O exercício harmonioso de sua sexualidade influi, em grau, na forma como cada indivíduo se relaciona consigo mesmo e com os outros e alcança um equilíbrio emocional que lhe permita manifestar seus sentimentos, dando e recebendo afeto (SILVA, 2010).

Este processo se inicia na infância, se consolida na adolescência para que se possa vivenciá-lo em plenitude na idade adulta. No entendimento de

Freud, a sexualidade se constitui como uma carga genética que se distribui pelo corpo de maneiras diferenciadas em diversas fases, que no primeiro ano de vida, se concentra na boca (fase oral), após isso na região anal e perineal (fase anal), nos genitais (fase genital infantil) e, até a puberdade, na atividade muscular e intelectual -fase de latência (ARAÚJO; COSTA; BLANK, 2009).

No período da adolescência se consolidam comportamentos sociais, influenciados principalmente pelas relações de gênero, estabelecidos pela sociedade e cultura. Nas últimas décadas percebemos mudanças sociais nas quais o início da vida sexual dos adolescentes está cada vez mais precoce, graças à influências da incorporação de novos valores morais à personalidade e assim incorporação de novos comportamentos e atitudes. Influenciadas por questões de desigualdade de gênero, raça/cor e condição socioeconômica, as desigualdades sociais também influenciam as relações de saúde na população jovem, com impactos nos indicadores de morbimortalidade – com destaque para fenômenos como a violência (BRASIL, 2006c).

Os estímulos à iniciação sexual influenciados pela mídia e a pressão de grupo que este adolescente pertence se destaca em relação às questões do gênero masculino, no qual a iniciação precoce é estimulada além da maior tolerância à maternidade solteira e uma diferente valorização da virgindade na adolescência. Para os meninos, existe pouco espaço para noções de auto cuidado e cuidado com os outros - muitas vezes substituído por posturas destrutivas e autodestrutivas (MALTA et al. 2001).

Em relação ao sexo feminino, as relações interpessoais afetivas e sociais são prejudicadas por influências como sobrecarga de serviços domésticos, além de outros fatores como raça, etnia e pobreza que intensificam a desigualdade. Às mulheres são atribuídos os domínios da casa e cuidado com o outro. A violência de gênero se configura quando dois namorados, motivados por ciúme perpetram agressão por exemplo (MEDRADO; LYRA, 2003).

O conceito de gênero no campo das ciências sociais ressalta "um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primeira de significar relações de poder" (Scott, 1995). Este conceito desconstrói aspectos sociais fundidos com os aspectos biológicos dos sexos feminino e masculino.

Cabe ressaltar também que a saúde reprodutiva e sexual é alcançada quando são respeitados os direitos reprodutivos e sexuais, no sentido da igualdade, segurança, autonomia da vida reprodutiva e exercício sexual – dimensões da cidadania. A associação da saúde com direitos reprodutivos e sexuais está relacionada às necessidades geradas pela vivência reprodutiva e pelo exercício da sexualidade (ÁVILA, 2003).

Nesse sentido, sendo a adolescência um período de desafio para o indivíduo, torna-se também um período de exposição a comportamentos de riscos à saúde. Trata-se de uma fase de forte interiorização de mensagens veiculadas pelo meio social em que o indivíduo está inserido (CRISTÓVÃO, 2012).

Os jovens podem por vezes se confrontar com situações relacionais inesperadas, como comportamentos violentos e outras formas de coerção no sentido da imposição de determinados códigos e regras de conduta. Isso pode conduzir a posturas de legitimação, criando assim práticas e considerando os abusos com uma forma de amor e ciúme (CARIDADE; MACHADO, 2006; DUARTE; LIMA, 2006; BARROSO, 2007).

A fase da adolescência se caracteriza por maior instabilidade em que o jovem se encontra mais disposto a mudança e experimentação de diferentes estratégias relacionais. Neste sentido é dada a importância das redes sociais de apoio que abrangem desde a família, com destaque para a escola e profissionais de saúde na educação sexual a luz da vulnerabilidade, possibilitando entender os diferentes aspectos individuais, programáticos e sociais desta população (SAAVEDRA, 2010; LAPA, 2015).

Neste contexto, os relacionamentos na juventude têm um papel fundamental na compreensão de valores, comportamentos e motivações que são base de escolhas saudáveis ou de risco. Neste período, os parceiros se tornam um foco de modelo comportamental com base nas conversas e compartilhamento de referenciais, valores, pensamentos. A problemática se estabelece quando, por exemplo, o adolescente sente a necessidade do uso da violência para alcançar a imagem ideal do Ego, diante da pressão exercida pela influência comportamental e pela característica necessidade de aceitação neste período da vida (MACHADO, 2010).

A representação social atrelada ao namoro se relaciona a uma atividade central na vida do adolescente. O namoro se trata de um "encontro para uma interação social em atividades conjuntas e com interação implícita ou explícita para continuar o relacionamento" (ALDRIGHI, 2004, p. 109). Iniciar uma relação afetiva, na maioria das vezes significa também o início de diversas expectativas de amor, amizade, sexo e felicidade (OLIVEIRA; SANI, 2005). O namoro na adolescência, para Sugarman e Hotaling (1991) abrange três dimensões: compromisso, interação futura e intimidade física.

O contexto das relações afetivas dos adolescentes não perpassa somente o namoro, mas também o ficar, que reflete de certa forma a flexibilização das relações na contemporaneidade. Este fenômeno tem suas raízes na chamada revolução sexual entre as décadas de 1960 e 1970 consistiu na flexibilização da moral sexual desde os grandes centros urbanos até o interior do país (CASTRO, 2009).

Para Justo (2005, p. 74), ficar consiste no

relacionamento episódico e ocasional, na maioria das vezes com duração de algumas horas [...] não implica em compromissos futuros e é visto com um relacionamento, fortuito e sem maiores consequências ou envolvimento futuros" (JUSTO, 2005, p. 74).

Este fenômeno superficial traz em si uma modalidade de relação afetiva fortemente conectada com as subjetividades produzidas na sociedade contemporânea. O aceleração do tempo, o alargamento do espaço e as movimentações humanas não vistos anteriormente na história refletem a impossibilidade de vinculações estáveis e prolongadas (CASTRO, 2009).

A visão do amor romântico excessivo poderia conduzir aos adolescentes a relações asfixiantes em que o sentimento de amor se justificaria em torno de condutas controle do parceiro. A violência então nasceria dos esforços de aproximar a pessoa daquilo que seria o parceiro ideal (MENDÉZ; HERNANDEZ, 2001).

A compreensão das representações sociais dentro dos vários contextos que o amor romântico assume na sociedade é fundamental para entendimento do papel que o amor assume na vida dos adolescentes e de como este romantismo se traduz nas relações de maneira prazerosa ou elemento precursor de violência.

1.4 Drogas e adolescência: implicações para a saúde

1.4.1 Drogas e Adolescência

A trajetória das políticas em saúde mental no Brasil se destaca pelos embates e disputas de diferentes interesses que trouxeram à tona uma mobilização de diversos setores sociais no sentido de um cuidado mais digno e humanizado aos portadores de transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica foi consolidada a partir de propostas da Luta Antimanicomial a qual se movimentava contra a exclusão e desumanização dos manicômios e que lutava em prol de serviços extra-hospitalares, de caráter comunitário como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se consolidaram com a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; YASUI, 2006).

A Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2013) também se volta para os usuários de álcool e outras drogas. O marco constitucional que dispõe a cerca da proteção dos direitos dos usuários de álcool e drogas se dá através da Lei nº 10.216/01 a qual destaca a responsabilidade do Estado sobre o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população. Esta lei se torna uma das diretrizes para o novo modelo assistencial em saúde mental pautado nos dispositivos extra-hospitalares de atenção, de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

A Lei nº 11.343/06 torna-se um outro marco legislativo uma vez que prescreve medidas para prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários dependentes de drogas, estabelecendo normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Além disso, esta lei traz a distinção entre usuários, dependentes e traficantes de drogas caminhando no sentido de desmistificar o estigma drogas-criminalização, superar o modelo moralizante do cuidado e de resgatar a cidadania dos usuários enquanto sujeitos com plenos direitos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2014).

A política do Ministério da Saúde se baseia nos princípios de Redução de Danos, tendo em vista o rompimento das metas de abstinência como única possibilidade terapêutica. Por isso, se busca a universalidade de assistência,

integralidade das ações, descentralização, equidade e mobilização da sociedade civil. No que diz respeito a assistência voltada aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde consolidou os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) pela Portaria nº384/GM de julho de 2005 e o Programa Nacional de Atenção comunitária Integrada aos usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

Os CAPS AD são dispositivos de funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral, trabalhando no sentido de oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Surgiram como instância de cuidados, de organização e articulação de toda a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas institui o desenvolvimento do cuidado prioritariamente na atenção comunitária articulada a outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade. Dessa forma, estes instrumentos trazem o foco para a prevenção, perpassando o tratamento e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

A dimensão social da problemática do consumo de substâncias psicoativas se manifesta através da relação das mesmas aos agravos à saúde, da alta frequência na população como um todo e da sua extensa abrangência já que atinge desde a infância até a idade idosa trazendo repercussões diversas de ordem biopsicossocial (MONTEIRO; VARGAS; REBELLO, 2003).

Álcool e outras drogas tratam-se de substâncias que causam mudanças na percepção, no humor, no comportamento e no funcionamento do sistema nervoso central (SNC) de uma pessoa. Os efeitos variam conforme o tipo de substância, quantidade utilizada, das características pessoais de quem as ingere e até mesmo das expectativas que se têm sobre os seus efeitos. Podem ser lícitas e ilícitas, variando desde álcool, maconha, crack, solventes, cocaína, medicamentos e outras (CARLINI et. al, 2001).

As drogas agem alterando a fenda sináptica que configura a comunicação entre os neurônios, o que pode levar efeitos diversos de acordo com o tipo de neurotransmissor e como a droga atua. Portanto, podemos classificar as drogas em depressoras, estimulantes e perturbadoras. As drogas depressoras (álcool, inalantes, benzodiazepínicos) diminuem a

atividade do Sistema Nervoso Central enquanto que as estimulantes (cocaína e derivados, *crack*, *merla*) aumentam sua atividade. Por sua vez, as drogas perturbadoras (maconha e medicamentos anticolinérgicos como *triexidenidil*) agem qualitativamente, gerando delírios, ilusões e alucinações, mimetizando psicoses por isso também chamadas de drogas psicomiméticas (CARLINI et. al, 2001).

O hábito do uso de drogas se desenvolveu através da história humana de forma universal, ou seja, nos mais diversos povos. Esta prática se apresentava nos ritos culturais e se mantinha restrito a pequenos grupos visando a transcendência dicotomicamente à realidade presente em que o consumo destas substâncias não se dão em circunstâncias especiais e atinge todos os grupos objetivando a recreação e a busca do prazer e alívio físico e psíquico imediato. O consumo descontrolado, abusivo e repetitivo geralmente pode conduzir à dependência tanto psicológica quanto fisiológica. A primeira ocasiona sensação de desconforto e mal-estar na ausência da droga, enquanto a segunda gera a síndrome de abstinência quando o uso da droga é interrompido (CARANZA; PEDRÃO, 2005; PRATTA; SANTOS, 2009; MEDEIROS et. al., 2013; CRAUS; ABAID, 2012).

A dependência química é determinada por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando a priorização da droga acima de outras atividades e obrigações e também a continuidade do uso de determinada substância ainda que a mesma esteja trazendo graves problemas). Por isso, a dependência química deve ser abordada no prisma biopsicossocial, envolvendo várias dimensões devido à sua complexidade (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007; MEDEIROS et. al, 2013).

A iniciação ao consumo de drogas psicoativas se trata de um fenômeno complexo e multidimensional, podendo ter origem biológica, psicológica e social. Os fatores de risco para início do uso dessas substâncias podem ser inerentes à personalidade e a fatores contextuais, provenientes do meio social. Os fatores endógenos em geral são relacionados às condições genéticas, transtornos psíquicos como depressão e transtornos de personalidade, baixa autoestima, busca pelo prazer, por novas sensações e curiosidade. (ZEITOUNE et. al., 2012).

Entre os fatores provenientes do meio social destacam-se facilidade de acesso às drogas, as condições socioeconômica e socioculturais (valores e crenças, políticas sociais e campanhas publicitárias), desestrutura familiar e de atividades religiosas, violências, distância do ambiente escolar, pressão de grupo pelo grau de proximidade a usuários e necessidade de integração social (ZEITOUNE et. al., 2012; BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

Além disso, a adolescência é considerada por si só um fator de risco. Patton et al. (2004) tendo realizado um estudo com 5.769 estudantes constatou que a puberdade se relaciona a uma maior frequência no uso e abuso de substâncias, independentemente da idade. A vulnerabilidade na qual os adolescentes estão imersos se faz face às já mencionadas inúmeras transformações pelas quais o mesmo passa, expondo-os a muitos riscos (ALMEIDA FILHO et. al, 2007).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009) aponta que a iniciação no consumo de drogas se dá por meio do álcool e tabaco, com uma média de idade para o primeiro uso em torno de 12,5 a 12,8 anos. A partir disso, o consumo de drogas ilícitas se dá subsequentemente com idade para o primeiro uso para maconha com a média de 13,9 anos e a cocaína com a média de 14,4 anos (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2007).

O uso e abuso de drogas na juventude pode se relacionar à fragilidade e limitação diante de situações difíceis impostas pela vida. O abuso de substâncias psicoativas acarreta prejuízos aos jovens, à família e à sociedade, uma vez que as circunstâncias desta etapa determinarão sua forma de vida (SCHENKER, 2005; GONÇALVES; LUIS; SENA, 2003).

A entrada de álcool e drogas na vida de adolescentes pode ser fruto de influência de ordem familiar a qual facilita a adesão a este universo. Além disso, o mundo das drogas expressa valores sociais arraigados a "poder" e "força" capazes de gerar intimidação e respeito inclusive nas relações afetivas íntimas. O uso de drogas confere reafirmação de si, reconhecimento social e vantagem no processo de conquista (ARPINI; GONÇALVES, 2011).

Além disso, o uso de drogas e álcool interfere nos relacionamentos afetivos no que diz respeito aos seus efeitos comportamentais, muitas vezes precursores de situações violentas. O efeito de anestesia da realidade se interpõe encorajando uma ação que, por outro lado, não é de responsabilidade

do sujeito que a perpetuou mas sim do consumo da droga ou álcool o que libera o compromisso do adolescente com sua própria ação. (ARPINI; GONÇALVES, 2011).

Nesse sentido, estes fatos refletem o que diversos estudos demonstram como o consumo de drogas se associa com agregação de comportamentos de risco. Essa tendência de exposição a situações de risco somadas à dificuldades em efetuar escolhas racionais e reflexão da consequência de seus atos leva à exposição a situações de violência e acidentes, relações sexuais desprotegidas e, assim, suscetibilidade a HIV e outras IST e gravidezes indesejadas (PAIVA et al., 2015).

Os dados da última pesquisa do CEBRID com 150 mulheres usuárias de *crack* de São Paulo e São José do Rio Preto mostram que 80% das entrevistadas referem que a idade da primeira experiência sexual ocorreu antes dos 15 anos de idade e a 50% o fez antes dos 14 anos. Isto confirma a tendência do adolescente em uso de drogas ao início precoce de atividade sexual perante o uso de drogas (PAIVA et al., 2015; NAPPO, 2004).

Os efeitos do consumo de álcool abrangem a redução do autocontrole e aumento o risco para o comportamento antissocial, o crime, o mau desempenho escolar e a violência interpessoal perpetrada nas relações afetivas. "Binge" é o principal tipo de consumo que leva a lesões acidentais, situações de violência doméstica e interpessoal e mortes prematuras (WHO, 2010).

Toda esta conjuntura sofre influências das assimetrias de gênero, socioeconômicas e da escolaridade que, uma vez acentuadas essas assimetrias e precárias as condições da escolaridade, relacionam-se ciclicamente com consumo de drogas mais pesado e maior risco à saúde sexual.

A vulnerabilidade a saúde sexual na adolescência diante das questões de gênero surge na dificuldade de negociação das mulheres com seus parceiros acerca do uso da camisinha. Estudos comprovam que, diante do uso de álcool e drogas, as adolescentes se submetem à vontade masculina e, também, ao risco de gravidez indesejada e toda sorte de IST (CAMPOS et al, 2014).

O estabelecimento de relações sociais saudáveis através das fontes primárias de socialização (família, escola e amigos), voltadas para a reabilitação oportuniza o adolescente uma interação saudável com as pessoas ao seu redor, promovendo vínculos e prevenindo ligação com grupos facilitadores da aderência ao consumo de drogas (KAISER; SILVA, 2010).

As dimensões afetivas dos relacionamentos, nas "tribos" e com os parceiros determinam vínculos que são privados em função do uso de drogas. O meio social saudável constitui-se como promotor de resiliência uma vez que o adolescente vivencie um ambiente no qual seja capaz de elaborar fragilidades, desenvolver capacidade criativa e aprender a tolerar situações destrutivas (SAMPAIO FILHO et al., 2010).

O êxito na redução da prevalência de experimentação do consumo de drogas em populações jovens e vulneráveis se imprimirá no posicionamento passível de estímulo da sociedade, reconhecendo os riscos da exposição precoce e propondo medidas de controle.

1.4.2 Adolescência, drogas e violência nas relações afetivas íntimas: variáveis associadas

Os comportamentos socialmente aprendidos em meio familiar são muitas vezes reproduzidos pelos adolescentes em espaços extrafamiliares, configurando-se por vezes em atitudes de permissividade e violência ao nível das relações íntimas (OLIVEIRA; SANI, 2009).

A teoria da vinculação defende que uma ligação emocional forte a pelo menos um cuidador primário é importante para o desenvolvimento social e emocional saudável da criança e adolescente. Os sujeitos adultos com padrão de vinculação "seguro" tendem a juntar-se com companheiros "seguros", não obstante sujeitos adultos com padrão de vinculação "evitante" tendem a unir-se a companheiros com padrão de vinculação "ambivalente", no sentido de motivarem as suas histórias de vinculação negativa e assim confirmarem as expectativas estabelecidas de acordo com os "modelos internos dinâmicos" (SILVA, 2014; PAIVA; FIGUEIREDO, 2003).

Os fatores de risco que podem determinar o envolvimento em atos violentos em crianças e jovens, quer como vítimas ou agressores consistem no consumo de tabaco, álcool e/ou drogas antes dos 12 anos; o histórico de agressão precoce; o dificuldades escolares, o reduzido envolvimento familiar; a criminalidade parental; e a pouca supervisão dos pais, situações presentes na condição dos adolescentes em acolhimento institucional (MATOS et al., 2009).

Caridade (2011) levantou os diferentes fatores de risco para a violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes, o autor determinou que estes podem ser distribuídos em diferentes categorias: ambientais (características dos grupos de pares, observar violência na comunidade); familiares (observar violência interparental, comportamentos agressivos dos pais, abuso sexual na infância); sociodemográficos (idade, gênero, etnia, nível socioeconômico, área de residência e práticas religiosas); intrapessoais (depressão, baixa autoestima, comportamentos antissociais); interpessoais (estratégias de resolução de conflitos, capacidade de comunicação, duração da relação, comprometimento emocional); e, por último, fatores situacionais ou contextuais (consumo de álcool e/ou drogas).

Em relação ao consumo de álcool, um estudo realizado com mulheres vítimas de violência afetiva íntima demonstrou a forte associação entre o uso de álcool e os tipos psicológica, física e sexual de violência. Outro estudo, realizado com adultos jovens nos Estados Unidos, demonstrou que o consumo de álcool e outras drogas favorece a bidirecionalidade das violências principalmente perpetração e vitimização de violência física. (RAFAEL; MOURA, 2016; RENNEN; WHITNEY, 2011).

Os fatores de risco também podem ser: características da vítima (Idade, experiências antecipadas de vitimização), características dos agressores (Idade, gênero, traços da personalidade) e características situacionais (consumo de álcool) (Marx; Victoria; Gross, 1996). A família proporciona a aprendizagem de comportamento num contexto social diferente daquele proporcionado pelo grupo de pares. De acordo com vários estudos sobre influência dos grupos de pares, tem-se constatado que o gênero masculino é o mais agressivo no namoro, influenciado pela observação de comportamentos violentos no seu grupo de amigos (JACKSON, 1999).

Quando ocorre violência na escola e na comunidade poderá favorecer os comportamentos agressivos. Isto pode levar, desta forma para a interação violenta nas relações íntimas. Entretanto, Caridade (2011) mostra estudos realizados e que se revelaram pouco consistentes quanto aos efeitos da exposição a este tipo de violência em ambos os gêneros. Assim, para alguns autores (O'Keefe, 1998; Sharpe; Taylor, 1999; O'Leary; Slep, 2003), a exposição à violência na comunidade aparece associada à perpetração de violência na intimidade, tanto para o gênero masculino, como para o feminino. Para outros autores, a observação deste tipo de violência desperta fundamentalmente a vitimização do gênero feminino.

O fator gênero delimita o tipo de exposição e experimentação da violência. Na maior parte dos casos o sexo masculino tende a relatar menos este tipo de violência do que o sexo feminino. Com relação ao manejo dos episódios de violência, o gênero feminino tende a interiorizar essas situações, ao passo que os homens tendem a responder mais exteriormente. (SANI, 2002).

A violência quando praticada por mulheres mais comumente é de ordem situacional, enquanto a violência perpetrada pelos meninos mais frequentemente tem a ver com o seu histórico de vida agressivo (O'Keefe, 1997). Isto se traz à luz da ótica sistêmica da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano desenvolvida por Bronfenbrenner (2002, 2004). Nesse sentido, durante o ciclo vital, se produzem dinamicamente características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais da pessoa as quais interagem e se relacionam com a forma como ocorrem suas relações interpessoais.

Com relação aos fatores implícitos nos atos de violência, estes se relacionam com o tipo de exposição da vítima à violência, seja ela direta ou indireta. Assim, os meninos tendem a ser mais atingidos pela vitimação, ao passo que as meninas tendem a testemunhar mais os acontecimentos (SANI, 2002).

Adolescentes em acolhimento institucional e economicamente desfavorecidos apresentam trajetória de vida permeada por violência. As instituições acolhem jovens com dificuldade de acatar regras, normas e limites aos seus comportamentos, reagindo com comportamento agressivo. Na maior

parte dos casos tratam-se jovens cuja vida foi marcada precocemente por violência e os quais sofreram mais frequentemente a violência emocional (Matos; Feres-Carneiro; Jablonski, 2005). Desta forma, estes jovens apresentam dificuldades a nível familiar, individual, na escola e nas relações sociais (Strecht, 2002). Na literatura certos déficits comportamentais estão ligados a um elevado risco para a ocorrência de violência (SAUNDERS, 1995).

Outra associação de risco para a ocorrência de violência relaciona-se ao consumo de álcool e outras drogas. Buzy et al (2004) desenvolveu um estudo longitudinal em que se demonstrou que o consumo de álcool pelos adolescentes aumenta o risco de vitimização. No caso das adolescentes do sexo feminino em uso de álcool, estas têm uma maior probabilidade de se envolverem em situações de risco, podendo associar-se a adolescentes agressivos mais facilmente, ou ter parceiros amorosos também com consumos excessivos.

Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) trazem evidências da inexistência de países, cidades ou comunidades imunes a violência: consideram como problema mundial as violências interpessoais perpetradas por homens à mulheres, diante de números alarmantes variando de 10 a 69% de incidência (Diniz; Pomdaag, 2004; Guareschi et al., 2006). A violência física e sexual nas relações de intimidade é um fator de risco para o abuso de substâncias, gravidez e tendência suicida (ROBERTS; KLEIN; FISHER, 2003).

O risco aumenta quando os adolescentes têm idades precoces, por volta dos 15 anos, idade na qual começam a surgir normalmente as primeiras relações amorosas. A violência no namoro, geralmente, começa na adolescência e continua, por vezes, na relação de intimidade (CANO et al, 2000; O'LEARY; WOODIN; FRITZ, 2006).

Os comportamentos antissociais e desvios de conduta na adolescência também podem determinar a futura agressão para com o parceiro, masculino ou feminino. Estes argumentos podem determinar uma agressão física e a identificação de razões individuais que podem prever a mudança de uma agressão verbal para uma agressão física numa relação já adulta (HETTRICH; O'LEARY, 2007).

A relação próxima entre ofensor e a vítima é um dos fatores que eleva o risco de agressões físicas. É comum os parceiros agressores terem experienciado violência na infância praticada pelos pais (maus-tratos) ou não tendo sido o seu alvo direto podem ter sido vítimas vicariantes da violência familiar (SAUNDERS, 1995).

Num estudo elaborado por Sharpe e Taylor (1999), concluiu-se que as mulheres com baixa autoestima têm mais probabilidade de serem vítimas, mas também de serem ofensoras de violência física. Em relação ao gênero masculino, uma elevada autoestima surge interligada à vitimização e perpetração de violência psicológica.

O'Keefe (1998) identificou fatores protetores e de vulnerabilidade que podem interferir na relação entre experienciar violência na família de origem e violência na intimidade juvenil. Quer para os fatores protetores, quer para os fatores de risco e vulnerabilidade, o gênero se deteve como uma importante variável. Portanto, a autoestima surge como um fator protetor e que diferencia os rapazes que usam violência dos que não o fazem, já o êxito escolar surge relacionado com o gênero feminino.

O controle comportamental e o abuso de poder têm sido também apontados pelos parceiros violentos e tem sido mostrado que o controle do comportamento e o ciúme nas relações de namoro são importantes preditores da agressão física em ambos, mulheres e homens. A experiência de abuso sexual na infância e o padrão de vinculação “ansioso”, assim como a excessiva necessidade de controle do parceiro e o ciúme na relação de namoro são fortes preceptores dos relatos de agressão física (O'LEARY; SLEP, 2003; PAIVA; FIGUEIREDO, 2003).

A agressão verbal e o ciúme aumentam a probabilidade de agressões físicas, pois a violência verbal se revela um importante fator de risco de violência física futura. Outro aspeto a focar em relação à violência em contexto familiar é que existe outro tipo de abuso, que tem sido associado à ocorrência de violência nas relações amorosas – a violência entre irmãos.

Os estudos neste ramo têm sido escassos, no entanto, alguns Simonelli et al. (2002) relata que violência entre irmãos constitui um importante fator preditor da violência na intimidade diante dos pressupostos da teoria da aprendizagem social. Nesse sentido, a reprodução de comportamentos

abusivos na relação amorosa se traz à luz dos comportamentos aprendidos como forma correta e justa de interagir com os pares. Isto a partir de experiências passadas de abuso físico, psicológico ou sexual perpetrada pelos irmãos.

Nesse sentido, as experiências de abuso físico, psicológico e sexual inclusive no relacionamento íntimo trazem consequências adversas a curto e a longo prazo.

2 METODOLOGIA

2.1 Natureza e tipo do estudo

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo, exploratório, observacional e do tipo seccional na medida em que se procuramos analisar a associação entre uso/abuso de álcool e outras drogas com as manifestações de violências nas relações afetivas íntimas de adolescentes em acolhimento institucional. Nesse sentido busca-se aferir a prevalência do uso e abuso de álcool e outras drogas por adolescentes em acolhimento institucional em suas relações afetivas íntimas e também a caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes em acolhimento institucional que vivenciam relações afetivas íntimas.

Estudos orientados na ótica quantitativa são influenciados inicialmente pelos postulados da existência de uma realidade externa que pode ser examinada com objetividade, pelo estabelecimento de relações e associações a partir da aplicação dos métodos quantitativos de investigação, os quais são reprodutíveis e generalizáveis (MEDRONHO et al., 2009; HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006).

Os estudos descritivos ajudam a compreender a realidade estudada, pois a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, propondo exatidão possível ao descrever 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).

São chamados de estudos seccionais ou de corte transversal aqueles que produzem retratos de um determinado fenômeno em um mesmo instante. Isto é, se trata da observação de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade. Os estudos transversais permitem a possibilidade de se investigar os fenômenos de maneira simultânea, averiguando a associação existente entre os efeitos individuais e as causas, ou também nos fatores

dependentes de características permanentes nos indivíduos (MEDRONHO et al., 2009; ROQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; HOCHMAN et al., 2005).

A condução de um estudo transversal envolve a definição de uma população de interesse. O estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela, e também da determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados (SITTA et al., 2010).

Nesse sentido, nos estudos seccionais não é obrigatória a designação de amostra (escolha de apenas uma parte dos indivíduos que compõem a população). Pode-se trabalhar todas as unidades de observação que constituem a população. Nestes tipos de estudo, a população-alvo é geralmente muito numerosa, abrangendo centenas ou milhares (MEDRONHO et al., 2009).

Outra característica deste tipo de estudo é a utilização de um conjunto de métodos para formular associações e relações a cerca desta população a partir dos resultados observados, a inferência. Esta se faz através das referências dos resultados a uma população definida em um local em momento determinado (MEDRONHO et al., 2009).

Portanto, esse modelo se trata de um retrato ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença) por exemplo. Por isso, os estudos seccionais também são chamados de "estudos de prevalência" já que realizam uma prevalência instantânea, medindo a proporção de indivíduos com uma determinada característica num tempo demarcado (MEDRONHO et al., 2009).

2.2 Cenário da Pesquisa

O município do Rio de Janeiro, localizado na região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro é constituído por uma área de 1.199.828 km² e possui uma elevada densidade populacional – 5.265,82 pessoas/Km². O Rio de Janeiro é considerado um dos mais importantes municípios do Estado, tanto

por sua expressão econômica e políticas, como pelas suas características geográficas que fazem limite territorial com diversas regiões (IBGE, 2011).

Através do Censo (IBGE, 2011) observou-se que, no Rio de Janeiro, 51,2% da população era branca; 11,5%, preta e 36,5%, parda. Também se registrou uma razão de sexo de 88 homens para 100 mulheres enquanto que no Brasil essa relação era de 96 homens para 100 mulheres. Ao observar a distribuição da população por sexo segundo grupos de idade, constata-se que o envelhecimento da população continua, ou seja, as faixas intermediárias de idade estão aumentando seu percentual. O percentual de homens com menos de 24 anos no município do Rio de Janeiro passou de aproximadamente 20,1% em 2000 para 17,5% em 2010 e o de mulheres de 19,8% para 17,1%.

O 18º Censo da População Infante Juvenil Acolhida no Município do Rio de Janeiro realizado através do Módulo Criança e Adolescente (MCA), sistema eletrônico criado pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, apresenta a informação de que há 245 adolescentes acolhidos no município do Rio de Janeiro, em unidades públicas e privadas, com faixa etária variando de 13 a 18 anos. A rede de acolhimento para adolescentes é constituída por 11 instituições privadas e 7 instituições públicas conveniadas (RIO DE JANEIRO, 2015).

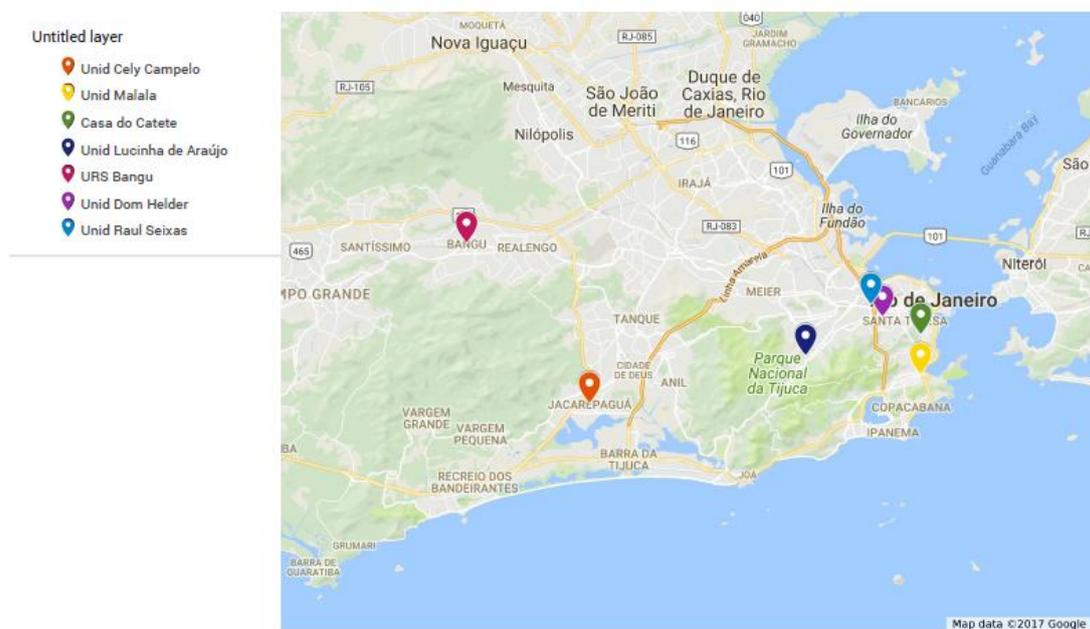
O cenário do estudo, então, foi constituído pelas unidades de acolhimento institucional da rede pública municipal do Rio de Janeiro (SMAS/RJ) em todas as áreas programáticas e que acolhem adolescentes do sexo feminino e masculino. Sendo estas: Unidade de Reinserção Social de Bangu (antiga Central de Recepção de Adolescentes, Unidade Municipal de Acolhimento Casa de Acolhida do Catete - 3ª PJIJ, Unidade Municipal de Acolhimento Raul Seixas, Unidade Municipal de Reinserção Social Cely Campello, Unidade Municipal de Reinserção Social Dom Hélder Câmara, Lucinha de Araújo e Unidade Malala (Tabela 1, página 59; Figura 2 página 60). Sendo excluídas as Casas Vivas, as quais exclusivamente recebem adolescentes em abuso de álcool e outras drogas e as Casas Temporárias, nas quais a rotatividade é grande.

Tabela 1 - Unidades Públicas de Acolhimento do Município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Instituição de Acolhimento	Capacidade Máxima	Total adolescentes no Abrigo no período de coleta março a Junho 2017
Unidade Malala	8	8
Unidade Casa do Catete	20	14
Unidade Lucinha Araújo	11	11
Unidade Dom Helder	15	13
Unidade Celly Campelo	16	15
Unidade Raul Seixas	20	16
URS Bangu	14	14
Total	104	91

Fonte: A autora, 2017

Figura 2 - Unidades de Acolhimento no município do Rio de Janeiro (março a junho/2017)



Fonte: Googlemaps atualizado pela autora, 2017

As unidades de acolhimento comportam um número máximo de 20 crianças de ambos os sexos por unidade institucional de acolhimento. A unidade de acolhimento pode ser mista, ou exclusivamente feminina ou masculina. Quanto aos vínculos, geralmente não se separam irmãos, devem sempre permanecer juntos, o vínculo com os adultos e adolescentes é prioridade. Sobre o espaço físico, as instituições não possuem identificação que possa ser motivo de preconceito ou segregação.

As instituições geralmente dispõem de um espaço físico suficiente para os adolescentes se movimentarem e sentirem-se confortáveis, e, assim, contam com uma sala de convivência e entretenimento com espaço para atividades lúdicas para brincarem e também estudarem, além dos espaços para dormirem, dormitórios que comportam por volta de 10 adolescentes onde ficam suas camas e armários individuais para seus pertences, e também os refeitórios para comerem. Além disso, os educadores, que trabalham diretamente com as crianças e adolescentes, se organizam em turnos, cuidando-se para que os períodos sejam fixos de forma a construir-se e

manter-se uma rotina constante e organizar-se diversas formas de comunicação e passagem de informações entre os educadores dos diferentes plantões.

O número de educadores em relação aos atendidos recomendado pelas orientações técnicas é de 1 adulto para cada 10 crianças (GULASSA et al., 2010). As unidades em geral tem em cada turno no mínimo dois adultos presentes, podendo ser um educador e um auxiliar de educação, e quando há público com necessidades especiais, pode haver necessidade de mais cuidados e observação. Para atenção destes adolescentes, nas unidades há uma dupla de técnicos (assistente social e psicólogo) que atendem uma ou mais unidades institucionais. Também é recomendado pela Associação do Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente (GULASSA et al., 2010) 20 atendidos para cada profissional, nas casas existem um coordenador dos educadores, que em geral é um pedagogo.

A rede de acolhimento para crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro é gerenciada pela Subsecretaria de Proteção Social Especial (Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS/RJ), a qual é responsável por fornecer condições de acesso (a partir da criação de laços de pertencimento e possibilidades de reinserção social) aos que se encontra em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social em função do abandono, privação, perda de vínculos, exploração ou da violência (RIO DE JANEIRO, 2015).

2.3 População de Estudo

Tendo em vista que o estudo guarda certo ineditismo, sobretudo em relação à população investigada, optou-se por realizar um censo a partir da população-fonte de adolescentes que vivenciavam relações afetivas íntimas e encontravam-se em situação de acolhimento institucional nas unidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. A população investigada foi o total adolescentes acolhidos em instituições públicas no município, no período de março a junho de 2017 conforme indicado acima no Quadro 1; que se

encontravam na faixa etária de de 12 a 18 anos; e que vivenciavam ou tinham vivenciado relações afetivas íntimas. Este último critério foi avaliado com uma questão no início do instrumento (APÊNDICE A). Como critério de exclusão, determinamos adolescentes portadores de diferentes síndromes que requisitavam acompanhamento especial, incluindo a redução de autonomia, dificuldades mais críticas nas habilidades de comunicação e cuidados pessoais. (RIO DE JANEIRO, 2015).

Conforme o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (2015), a grande maioria dos acolhidos (crianças e adolescentes) apresenta tempo de institucionalização menor que 06 meses (32,74%). Porém, após os 06 meses de institucionalização, um quantitativo considerável de adolescentes apresenta tempo prolongado de vivência em acolhimentos, atingindo em média de 01 a 02 anos de institucionalização (RIO DE JANEIRO, 2015).

Cabe destacar que, apesar do acolhimento institucional, alguns destes adolescentes ainda mantêm vínculos familiares. Segundo o Censo da População infanto-juvenil acolhida do Estado do Rio de Janeiro há participação familiar caracterizando predominantemente visitas semanais (32,34%) e diárias (13,04%) às crianças e aos adolescentes acolhidos (RIO DE JANEIRO, 2015).

2.4 Dinâmica do Trabalho em Campo

O acesso ao campo de pesquisa foi realizado mediante autorização do Centro de Capacitação da Política de Assistência Social, pois um dos objetivos específicos deste setor é coordenar os procedimentos para realização de pesquisas a serem realizadas por instituições externas nos serviços e programas da Secretaria Municipal de Assistência Social/RJ.

Nas unidades de acolhimento, a pesquisadora se apresentou às equipes e aos adolescentes, sendo realizado uma ambientação na tentativa de conhecer todos que compõe este espaço e promover confiança e vínculo. Foi observado o funcionamento da unidade e o dia a dia dos adolescentes. Em seguida, se procurou visitar as unidades diariamente com o objetivo de fortalecer vínculo com os adolescentes e maior aproximação de sua realidade.

Estes métodos são fundamentais na conquista de adesão dos entrevistados ao estudo. Esta ambientação inicial contou com informações básicas sobre o estudo, sem revelar os detalhes para evitar contaminação ou respostas induzidas.

Após essa etapa, se realizou a coleta dos dados através da técnica de formulário com aplicação individual por meio da pesquisadora. A abordagem aos participantes foi individual, as questões foram feitas com base no formulário estruturado no sentido de fornecer informações pertinentes para o objeto de pesquisa, tendo propósitos bem definidos. O formulário multidimensional (Apêndice A) foi aplicado via entrevista aos 91 adolescentes.

A pesquisa foi realizada nas unidades de acolhimento, em local apropriado para manter o sigilo e privacidade. Os adolescentes foram entrevistados individualmente; e responderam a um formulário, contendo perguntas abertas e fechadas sobre a percepção dos adolescentes acerca das relações interpessoais dos adolescentes acolhidos, em particular suas relações afetivas íntimas.

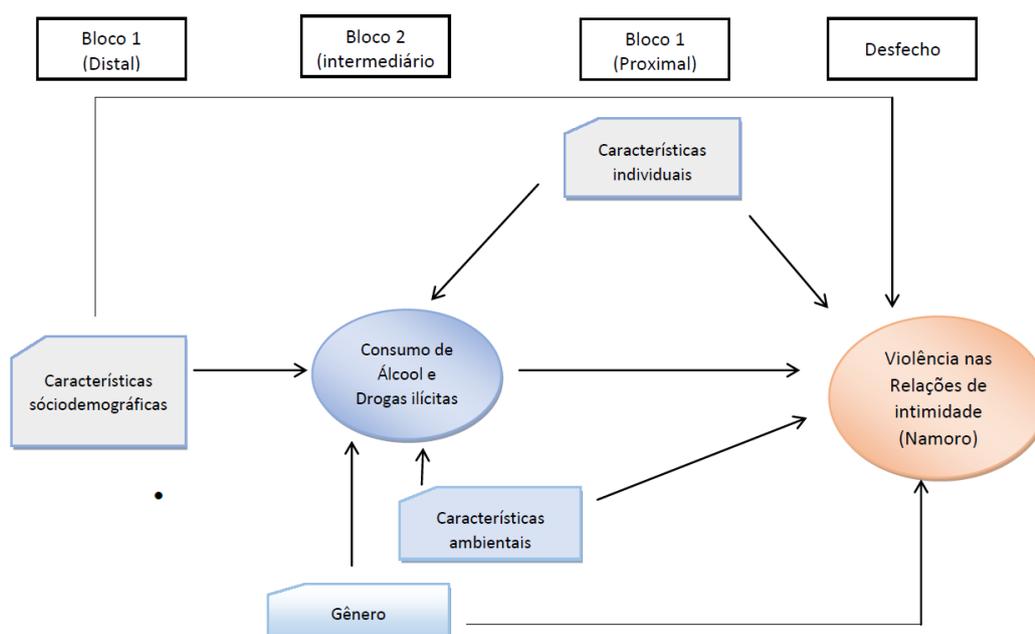
Durante a entrevista foi esclarecido que não se teria custo, nem compensações financeiras e nem tampouco garantia de benefício com este estudo, mas que o conhecimento do adolescente são importantes para ampliar o entendimento sobre o fenômeno da violência nas relações íntimas dos adolescentes acolhidos para ser, então possível, pensar e realizar uma assistência voltada para estas necessidades.

Foi esclarecido também a garantia do total anonimato e que a pesquisadora responsável se comprometia a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. Além disso, foi esclarecido que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número: 1.779.288 (Anexo 1) atendendo as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

2.5 Variáveis do Estudo

Visando exercitar os princípios da validade conceitual, este trabalho indica as seguintes relações das variáveis (Gráfico 1):

Gráfico 1 - Fluxograma das Variáveis do Estudo



FONTE: A autora, 2017

A utilização dessa ferramenta, ou seja, a construção de um diagrama que apresente as variáveis e suas relações com o “consumo de Álcool e Drogas Ilícias e Violência nas Relações de Intimidade” tem por intenção levantar o maior número de dados para se analisar a associação das diversas variáveis pertinentes ao objeto estudado através da pesquisa na literatura.

Tendo em vista o objetivo do estudo, a variável dependente se estabelece nas violências entre parceiros íntimos em adolescentes sob acolhimento institucional. Já as variáveis independentes foram selecionadas e categorizadas, conforme apontado pela literatura, em distal, intermediária e proximal respectivamente ao desfecho.

Na relação distal estarão alocadas as variáveis que compõem os aspectos sociodemográficos dos adolescentes e seus familiares, aferindo sexo, idade, etnia, nível de escolaridade do adolescente, nível econômico, nível de escolaridade dos pais, ocupação do responsável, religião, moradia, local de moradia, frequência e desempenho escolar, frequência em atividades recreativas/culturais, histórico de acolhimento institucional, e sexualidade.

As relações intermediárias compõem o histórico de violência intrafamiliar, composto por violência física, sexual, emocional (psicológica/verbal), histórico de violência emocional, histórico de violência física precoce, reduzido envolvimento familiar (pouca supervisão dos pais), fatores intrapessoais (depressão, baixa autoestima e comportamentos antissociais), dificuldade de relações sociais.

As variáveis de relação proximal compõem o consumo de álcool e outras drogas, características dos grupos de pares (pressão de grupo), abuso sexual na infância, fatores interpessoais (estratégias de resolução de conflitos, capacidade de comunicação, duração da relação, comprometimento emocional), gênero, manejo de episódios de violência, início precoce de relações amorosas, comportamentos antissociais, relação próxima, ciúmes, violência entre irmãos.

2.6 Instrumentos de coleta de dados

Para realização desta pesquisa se utilizaram como instrumento de coleta de dados um formulário multidimensional. Este instrumento de pesquisa (Apêndice A) foi elaborado a partir dos seguintes instrumentos anteriormente validados e publicados na literatura: *Parcours Amoureux des Jeunes - PAJ* (Nascimento et al, 2015) ; *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST 2.0* (Assit Working Group, 2002); *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory*, CADRI (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011; WOLFE et al., 2001).

Basicamente, a constituição do instrumento dessa pesquisa focou questões relativas ao objeto de estudo, ou seja a associação do uso de álcool e

outras drogas com a violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional.

O instrumento de pesquisa se caracteriza por ser um formulário estruturado e multidimensional, tendo as seguintes dimensões: 1) Dimensão I: Enquete sobre o percurso amoroso de jovens - a primeira dimensão compõe parte do instrumento *Parcours Amoureux des Jeunes (PAJ)*, validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil com o nome de “Enquete sobre o Percurso Amoroso de Jovens”. Este instrumento foi originalmente concebido pelo Grupo de Pesquisa “Violência e Saúde” (EVISSA) da Universidade de Quebec, em Montreal, o qual é composto por 7 seções, a saber: Informações Gerais, Relações afetivas, Dífceis Experiências, Comportamentos Sexuais, Família, Comportamentos e hábitos de vida, e sentimentos e emoções. Nessa seção se investiga os dados sociodemográficos, as relações afetivas, difíceis experiências, comportamentos sexuais e família se embasando no Modelo Teórico descrito (NASCIMENTO et al, 2015).

A segunda foi descrita pela Dimensão II: Avaliação do uso de álcool e outras drogas - prevê a avaliação do uso de álcool e outras drogas pelo adolescente através do instrumento *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST 2.0*, validado e adaptado para uso no Brasil por Henrique et al (2004). Este instrumento foi lançado pela OMS em 2002 para ajudar profissionais de saúde a detectar o uso nocivo de substâncias psicoativas em ambientes de cuidados de saúde - inclui um guia para auxiliar o paciente a avaliar e alterar o comportamento de risco em relação ao uso de substâncias, utilizando estratégias de autoajuda (Who Assist Working Group, 2013). O instrumento possui 8 questões sobre nove classes de substâncias. A avaliação de cada substância pode ter variação de respostas entre 0 e 20 pontos, considerando os seguintes escores: 0 a 3 – uso ocasional, 4 a 15 – abuso, > 16 – dependência.

A violência no namoro é investigada na terceira dimensão - Inventário de conflitos nos relacionamentos de namoro entre adolescentes - (CADRI): através do instrumento *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)*. Este instrumento foi validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil, tendo recebido o nome de “Inventário de Conflitos nos Relacionamentos de Namoro entre Adolescentes”. Além disso, trata-se de uma

escala criada especificamente para avaliação do fenômeno neste subgrupo populacional. A escala possui 50 itens que aferem a presença de abusos, sendo para atos perpetrados pelo adolescente e 25 para violências sofridas. Além disso, o instrumento ainda conta com 20 itens que distraem o respondente do foco de avaliação, mas que não são utilizados durante a análise. O CADRI afere as violências física, sexual e psicológica, sendo este último subdividida em ameaças, verbal/emocional e relacional (MINAYO, ASSIS; NJAINE, 2011; WOLFE et al, 2001).

2.7 Análise de Dados

Os dados foram tabulados para compor um banco de dados com auxílio do Software Epi Data, onde se construiu uma máscara previamente elaborada referente ao instrumento de coleta de dados. Empregou-se a técnica de validação de dupla entrada ou "duplo check" em 20% do estudo (MEDRONHO, 2009)

Posteriormente a criação do banco de dados, o mesmo foi exportado para o Software Stata SE 13 em que realizou-se os procedimentos de limpeza, processamento e análise estatística respectivamente. No sentido de realizar a prevalência do consumo de álcool e outras drogas e, ainda realizar associações em relação à ocorrência de violência nas relações de intimidade dos adolescentes em acolhimento, as variáveis foram descritas de maneira uni e bivariadas de acordo com os objetivos do estudo. Deste modo, foram as prevalências, as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança a 95%.

A avaliação de significância estatística foi realizada através de testes Exatos, considerando os p-valores significantes quando inferiores a 0.05 e limítrofes quando no intervalo de 0.05 e <0.1 conforme distribuição dos dados. (MEDRONHO, 2009).

2.8 Procedimentos Éticos

As condutas da pesquisadora foram norteadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os pesquisadores se aproximam e apresentarão a pesquisa aos adolescentes que atendem aos critérios de inclusão. Soma-se ainda a esta resolução, o conhecimento das concepções a cerca da infância e adolescência proposta pelo ECA, assim como de algumas recomendações propostas na literatura.

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa "Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro: perspectiva de gênero e suas interfaces com a saúde e a enfermagem" que tem como objetivo geral de Investigar, na perspectiva de adolescentes em situação de acolhimento, bem como de profissionais da unidade de acolhimento, a vivência de violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número: 1.779.288 (Anexo 1) atendendo as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Pesquisar adolescentes, seres humanos de maneira geral, envolve uma série de considerações éticas, as quais visam garantir a integridade dos participantes envolvidos. Nesse sentido, buscaremos garantir os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça aos profissionais de saúde envolvidos, assim como assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Por isso, após a aproximação e conhecimento da pesquisa, os adolescentes que desejaram participar assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B) para ratificar sua cooperação no estudo por se tratar de adolescentes. Além disso, a autorização para sua participação na pesquisa se deu pela assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) pela direção da unidade de acolhimento, responsável legal pelo adolescente acolhido no momento da realização da pesquisa.

Houve também, o esclarecimento aos participantes acerca do respeito e garantia do sigilo e anonimato dos(as) mesmos(as), sendo explicitados seus direitos mediante a assinatura do TALE e do TCLE, os quais contêm as explicações dos objetivos do estudo, dos instrumentos de coleta de dados, da forma de divulgação dos dados, da garantia do anonimato, além de informações pertinentes que assegurem a ética em pesquisa com seres humanos.

Cabe destacar ainda, que durante a pesquisa, considerando a possibilidade da mesma desvelar possíveis vivências de violências nas relações afetivas íntimas dos adolescentes e fazê-los confrontar-se com experiências difíceis e causando desconforto, tristeza, angústia, foi oferecido suporte pela equipe de profissionais da unidade de acolhimento e, caso seja necessário, o(a) adolescente os quais poderiam ser encaminhados para unidades de saúde referência para abrigo onde ele(a) está acolhido(a). Contudo, não houve nenhuma necessidade de tais encaminhamentos.

Apesar dos possíveis riscos referidos anteriormente da realização da pesquisa, e de não haver garantia de benefício com este estudo, os adolescentes acolhidos – em geral, discriminados, excluídos, silenciados destacou-se que houve uma aceitação por parte dos adolescentes em participar da pesquisa e perceberem seu saber valorizado e reconhecido como produtor e transformador da realidade vivida.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os achados a cerca da Violência nas Relações Afetivas Íntimas e sua associação com consumo de álcool e outras drogas pelos adolescentes acolhidos institucionalmente. Para melhor sistematização, os resultados foram apresentados em três seções:

- a) Caracterização do perfil sociodemográfico de adolescentes em acolhimento no município do Rio de Janeiro;
- b) Relações interpessoais e contextuais de adolescentes acolhidos no município do Rio de Janeiro;
- c) Uso de álcool e drogas ilícitas e sua interface com a Violência nas relações afetivas íntimas;

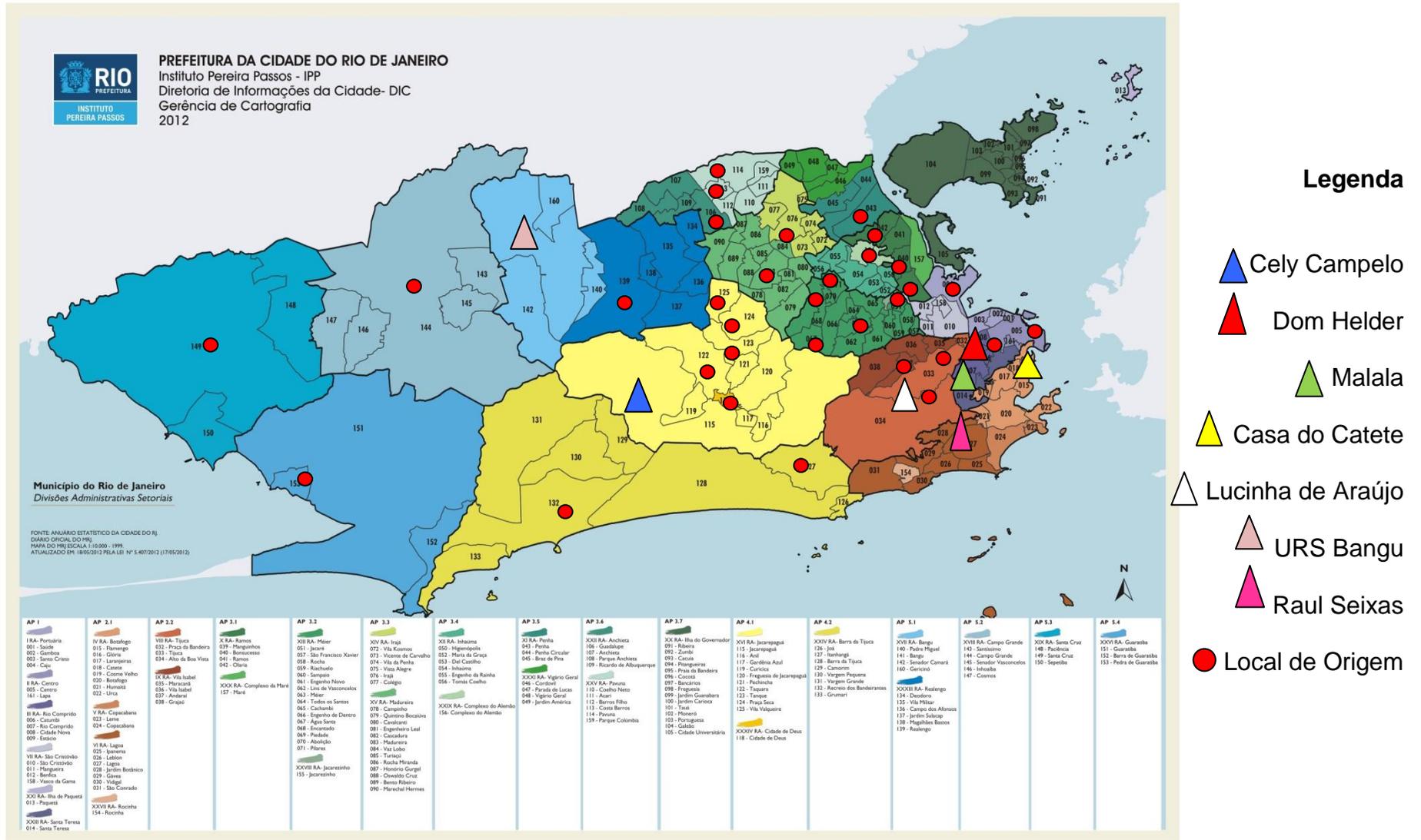
3.1 Caracterização do Perfil Sociodemográfico de adolescentes em acolhimento

Com o propósito de conhecer a realidade dos participantes do estudo, apresenta-se um perfil sociodemográfico dos adolescentes em acolhimento. Dentre os 91 adolescentes em situação de acolhimento durante a coleta dos dados, 11 adolescentes recusaram participar da pesquisa, e 5 estavam impossibilitados de participar por incompatibilidade de horários. Dentre estes, 2 também não participaram pois eram adolescentes que apresentavam síndromes (previamente informadas pelos profissionais das unidades) as quais requisitavam acompanhamento especial, incluindo a redução de autonomia, habilidades de comunicação e cuidados pessoais. Por isso os dados analisados consistem de 72 adolescentes investigados nas diferentes instituições públicas de acolhimento no município do Rio de Janeiro entre abril a junho de 2017.

Estas 7 instituições públicas de acolhimento aparecem retratadas territorialmente na Figura 3 (f. 72), que demonstra também o local de origem

dos adolescentes. Com relação ao município do Rio de Janeiro, a maior parte dos adolescentes se origina da Área Programática (AP) 3, totalizando 20 adolescentes provenientes dos bairros Complexo do Alemão, Jacarezinho, Pilares, Olaria, Andaraí, Piedade, Meier, Manguinhos, Água Santa, Madureira, Penha, Guadalupe, Bonsucesso, Costa Barros, Pavuna e Irajá. As APs 4 e 5 se relacionam também com boa parte dos adolescentes em acolhimento institucional, sendo que a menor parte dos adolescentes se originam nas APs 1 e 2. Há adolescentes que provêm de outras localidades, incluindo outros municípios como Niterói, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Petrópolis outros Estados como Vila Cruzeiro em São Paulo e também de outro país, Camacan em Angola. Ao mesmo tempo, a distribuição das unidades de acolhimento se dá, em todas as regiões do município, sendo 4 (Unidade Raul Seixas, Unidade Dom Helder, Unidade Malala e Unidade Casa do Catete) localizadas mais próximas ao Centro da cidade.

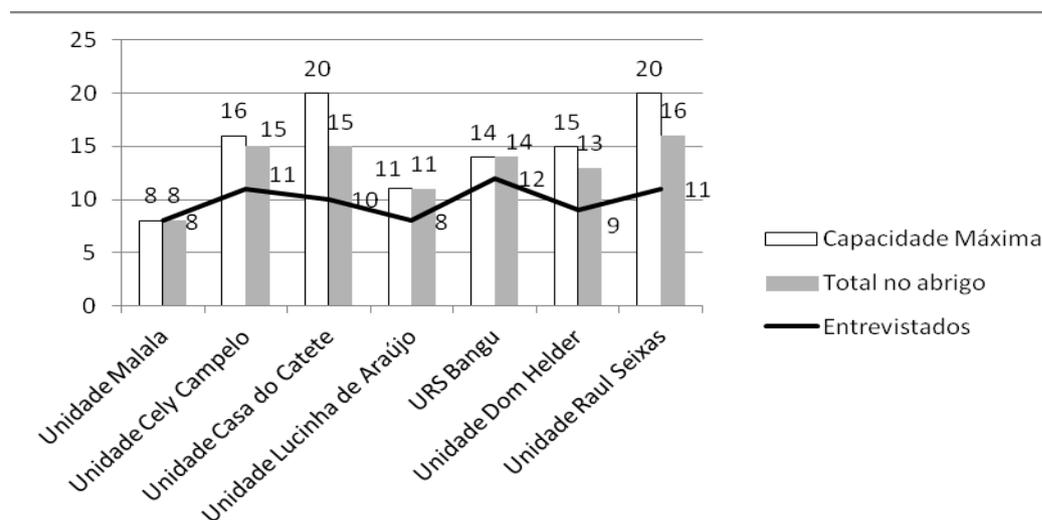
Figura 3 - Local das unidades de acolhimento e origem dos adolescentes em acolhimento institucional por Áreas Programáticas



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2012 atualizado pela Autora, 2017.

A representação das instituições foi feita no Gráfico 2 (página 73), que demonstra a distribuição dos adolescentes acolhidos nestas unidades. A capacidade máxima de acolhimento variou de 8 a 20 adolescentes por instituição, totalizaram-se 91 adolescentes. Entretanto, o número destes nas instituições na época da coleta de dados foi de uma média de 13 adolescentes por unidade. Nota-se que somente uma das unidades de acolhimento (Unidade Malala) se encontrava preenchida em sua capacidade máxima. Além disso, a concentração maior de adolescentes acolhidos se fez nas Unidades Raul Seixas e Cely Campelo. Quanto ao número de entrevistados, não houve diferença significativa entre o número de adolescentes por instituição e entrevistados na instituição respectiva. Sendo 11, em média, o número de entrevistados por instituição corresponde a 84,62% da média de adolescentes por unidade de acolhimento.

Gráfico 2 - Distribuição de adolescentes por Instituição de Acolhimento
Município do Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)



Fonte: A autora, 2017.

Além disso, também foram investigadas as características sociodemográficas dos adolescentes em acolhimento, apresentadas na Tabela 2 (página 74). A faixa etária variou de 12 a 18 anos, sendo a maior parte com 17 (P=23,6%) e 15 anos (P=20,8%), dentre estes a maioria é do sexo masculino (P=63,9%). Um dado que se destacou foi que cerca de 87,3% da

amostra era composta por adolescentes da população negra, isto é negros (P=42,2%) e pardos (P=45,1%).

Além disso, apenas um adolescente se autotranscreveu como indígena. Para além, no que se refere à escolaridade, 29,2% estudaram até o Ensino Fundamental I, 52,8% estudaram até o Ensino Fundamental II e somente 16,7% chegaram até o Ensino Médio. A maior parte destes adolescentes frequentavam atividades culturais e esportivas (P=56,9%). Embora, destes, 47,3% não costumam frequentar atividades religiosas, a maior parte dos adolescentes (P= 66, 2%) possui religião.

Pode-se perceber que há singelas distinções no perfil sociodemográfico entre os sexos feminino e masculino. Por exemplo, 88,5% das adolescentes em acolhimento são pretas ou pardas, enquanto os meninos pretos ou pardos totalizam 84,8%. Quanto a participação em atividades culturais, 42,3% das adolescentes e 43, 5% dos adolescentes não participam. 45,8% dos adolescentes institucionalizados e 46,2 das adolescentes não frequentam atividade religiosa. Já quanto a escolaridade, dados demonstram que os meninos (17,6%) chegam mais ao Ensino Médio que as meninas (15,4%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e cultural dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (continua)

Variáveis	N	% (IC95%)	M	F
Sexo				
Masculino	46	63,9 (51,9/74,3)	46	--
Feminino	26	36,1 (25,6/48,0)	--	26
Faixa etária				
De 12 a 15 anos	42	58,3 (46,4/69,3)	37	21
De 16 a 18 anos	30	41,7 (30,6/53,5)	27	15
Cor/Etnia				
Pardos	32	45,1 (33,7//56,9)	20	12
Pretos	30	42,2 (31,1/54,2)	19	11
Outros	9	12,7 (6,6/22,9)	6	3

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e cultural dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017(conclusão)

Escolaridade atual (cursando)				
Fundamental I	21	29,2 (19,6/40,9)	13	8
Fundamental II	38	52,8 (41,0/64,2)	24	14
Ensino Médio	12	16,7 (9,5/27,3)	8	4
CPA	1	1,3 (0,2/9,6)	0,6	0,4
Religião				
Não possui	24	33,8 (23,5/45,8)	5	3
Evangélico	27	38,0 (27,3/50,0)	17	10
Outras	20	28,2 (18,7/39,9)	12	8
Participação religiosa				
Nenhuma	33	47,8 (36,0/59,8)	21	12
Esporádica	9	13,1 (6,8/23,5)	6	3
Uma vez / mês	15	21,7 (13,3/33,3)	10	5
Uma vez / semana	7	10,1 (4,8/20,1)	4	3
Mais de uma vez/semana	5	7,3 (2,9/16,5)	3	2
Participação em atividades culturais e esportivas				
Não	31	43,1 (31,9/54,9)	20	11
Sim	41	56,9 (45,0/68,0)	26	15

Fonte: A autora, 2017.

A caracterização da realidade sociodemográfica dos participantes incluiu também a caracterização socioeconômica dos responsáveis, dado representado na Tabela 3 (página 76) e Gráfico 3 (página 77). Pode-se perceber que a grande maioria dos adolescentes possuíam a mãe como única responsável (P=56,9%), sendo que 26,4% das mães destes adolescentes possuíam baixo grau de instrução tendo estudado somente até o Ensino

Fundamental II, ou seja, estudaram oito anos ou menos. Apenas 1 das mães cursou o Ensino Superior. Outro dado relevante é que 35% não soube informar sobre a escolaridade materna ou não conheceu a mãe.

Com relação à escolaridade paterna, ressalta-se que 43% não soube informar ou não conheceu o pai. Sendo que dos que souberam informar, a maior parte (P= 18%) somente tinha cursado até o Ensino Fundamental II, denotando baixo grau de instrução. Quanto à ocupação, a maior parte das figuras maternas estavam no mercado de trabalho formal (P= 37,5%). Entretanto, ao mesmo tempo boa parte também encontrava-se no mercado de trabalho informal e recebendo benefício social possivelmente para complementar a renda. A figura paterna ocupa em maior parte o mercado formal (P=44,4%) e em menor parte o mercado informal de trabalho (P=9,7%) que a figura materna.

Tabela 3- Caracterização dos responsáveis dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (continua)

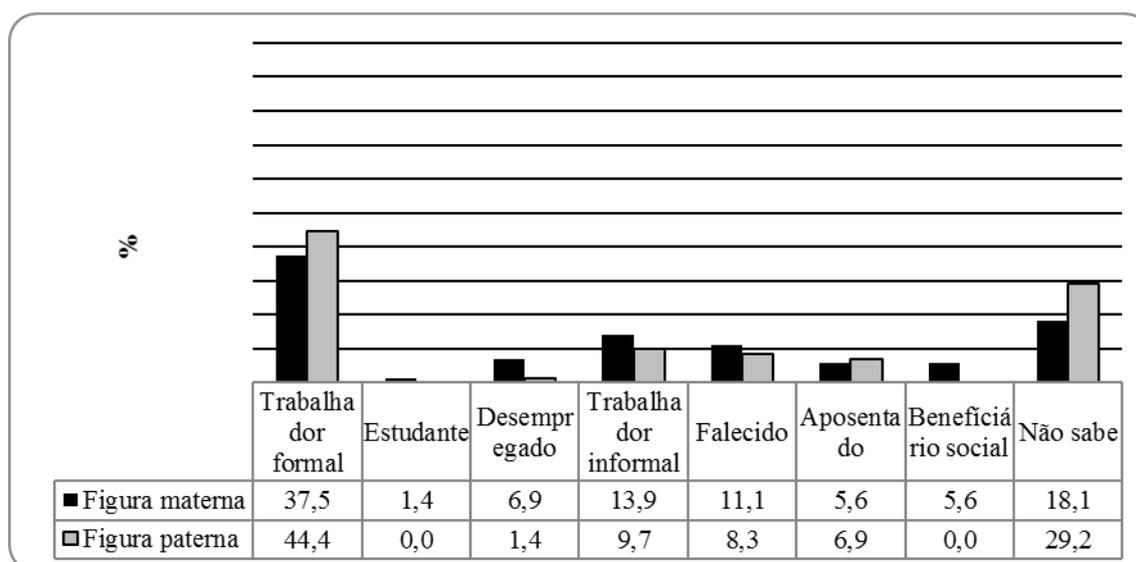
Variáveis	N	% (IC95%)
Responsável antes do acolhimento		
Pais biológicos/adotivos	14	19,4 (11,7/30,5)
Somente a mãe	41	56,9 (45,0/68,0)
Outro familiar	17	23,6 (15,0/35,0)
Escolaridade materna		
Até o Ensino fundamental II	19	26,4 (17,3/38,0)
Ensino médio (incompleto/completo)	17	23,6 (15,0/35,0)
Ensino superior completo/incompleto	1	1,4 (0,1/9,6)
Não sabe informar/não conheceu	35	48,6 (37,0/60,2)
Escolaridade paterna		
Até o Ensino fundamental II	18	25,0 (16,1/36,5)
Ensino médio (incompleto/completo)	8	11,1 (5,5/20,9)
Ensino superior completo/incompleto	3	4,2 (1,3/12,4)

Tabela 3- Caracterização dos responsáveis dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (conclusão)

Não sabe informar/não conheceu	43	59,7 (47,7/70,6)
--------------------------------	----	------------------

Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 3 -- Ocupação dos pais e responsáveis no período que antecedeu o acolhimento dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017



Fonte: A autora, 2017.

Este perfil sociodemográfico traz à luz as características impressas na realidade dos adolescentes acolhidos no município do Rio de Janeiro, Considerando a distribuição da rede de instituições públicas de acolhimento em relação à amplitude territorial do município, percebe-se a possibilidade de deslocamento e afastamento deste adolescente em relação a sua comunidade de origem.

Existem 245 adolescentes acolhidos no município de 13 a 18 anos, isto é 41,67% da população infanto-juvenil em acolhimento institucional. Sendo assim, 5,3% do total de 464.150 de adolescentes em geral no município, encontra-se em acolhimento institucional. Nesse sentido, a cidade do Rio de Janeiro conta com 7 Unidades Públicas de Acolhimento diante de considerável parcela populacional. E, segundo a o Gráfico 2, a maior parte destes adolescentes se encontram acolhidos na região do centro e adjacências. Isto pode ser porque os mesmos, ao deixar o seio familiar, costumam ver os

grandes centros urbanos como maiores oportunidades de estabelecimento e subsistência. Segundo Varanda e Adorno (2004), a facilidade de fixação nos grandes centros destes adolescentes que deixam os seus lares pois estes locais abrangem por exemplo a maior oferta de sobras de comida e banheiro, melhores locais para pernoite já que os centros fora dos horários comerciais costumam ser livres de trânsito de pedestres e amplas marquises para proteção contra chuva.

Além disso, a migração para os grandes centros também abrange a maior oportunidade destes adolescentes adquirirem maiores condições tanto financeiras quanto de deslocamento e de possibilidade para chegar ao seu destino ou retornar ao seu local de origem (VIEIRA, 1999). Este fenômeno de mobilidade e fixação nos grandes centros através de situação de rua ou acolhimento está interligado ao afastamento do convívio familiar e comunitário. Isto prejudica o desenvolvimento do adolescente ao intensificar o desgaste dos laços familiares e sociais construídos no momento anterior à situação de acolhimento. Nesse sentido, traz-se à pauta a grande possibilidade de manifestação de desterritorialização destes adolescentes (BRASIL, 2006c).

Isto porque a territorialidade se faz inerente às relações sociais que os sujeitos estabelecem com o espaço, criando assim um movimento de interação que configura o território como produto dessas relações. Desse modo, o adolescente que, dispõe especialmente de forte sentimento de pertencimento em relação ao território, sofre intensos prejuízos no processo de desterritorialização. Uma vez que este carece da correspondência aos seus comportamentos culturais, geopolíticos, econômicos e, sobretudo, psicológicos (SILVA, 2012).

Estes prejuízos inerentes à desterritorialização os quais se relacionam com as fragilidades afetivas e necessidade de readaptação e reinserção social trazem em si fatores associados ao uso de drogas e comportamentos de risco e violentos. Isto porque intensifica a vulnerabilidade na qual estes adolescentes estão imersos, uma vez que o uso do poder e o consumo de drogas conferem reafirmação de si e vantagens no reconhecimento social numa sociedade estigmatizadora (ARPINI; GONÇALVES, 2011; ELIAS; SCOTSON, 2000).

Por isso, a dificuldade de controle de suas próprias vidas se soma à exclusão social o que leva a estes jovens a desenvolverem instrumentos de

enfrentamento como forma de inclusão social, fundados normalmente em valores diferentes dos padrões socialmente estabelecidos. A violência estrutural se legitima na medida em que o estigma e a exclusão são assimilados culturalmente principalmente aos adolescentes de sexo masculino à figura do "menino de rua", maioria nas instituições de acolhimento (LUCENA; NOBREGA, 2004),

Além disso, no presente estudo se verificou a maior proporção do sexo masculino, dado similar à Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008) também foi detectada por um censo realizado pelo governo federal em 2007 em 71 municípios brasileiros. Os dados mostram que a população em situação de rua em 2007 era predominantemente masculina (82%), mais da metade (53%) e, aproximadamente 69% se declararam afrodescendentes, 29,5% se declararam pretas e 39,1% pardas (BRASIL, 2008).

Ao analisar esta realidade sob a perspectiva de gênero, as assimetrias entre sexo masculino e feminino permitem o enfrentamento da situação de acolhimento e rua de distintas maneiras. A mulher, fora do ambiente doméstico e de proteção são minoria em acolhimento institucional. E, por isso, teriam estratégias e trajetórias diferentes a dos homens que foram acostumados a buscar sobrevivência em acolhimento institucional e a conviver mais com o espaço público. Por exemplo, no contexto social de onde se originam, as mães trabalham fora e as meninas têm como tarefa cuidar dos irmãos menores e arrumar a casa. O ambiente doméstico é o espaço que lhes é destinado, ao contrário dos meninos, incentivados a trabalhar nas ruas para auxiliar o orçamento da casa (FRANGELLA, 2000).

A presença crescente e cada vez mais evidente das meninas nos abrigos tem, além da necessidade econômica, uma outra justificativa bastante recorrente na explicação dos educadores e das próprias meninas. No Rio de Janeiro, abuso sexual no lar, efetuado na maioria das vezes por padrastos, familiares, ou alguém próximo, é um motivo comum para o acolhimento ou ida para as ruas, uma vez que os próprios familiares comumente responsabilizam tais atos às próprias meninas (FRANGELLA, 2000).

Com relação às assimetrias de gênero identificadas entre adolescentes institucionalizados. Trazemos a luz a assimetria de gênero no acesso ao ensino

médio. Ainda que singela, este dado se reflete na tendência mundial da mulher a baixa escolaridade revelada no relatório Monitoramento Global de Educação para Todos, produzido pela UNESCO (2017).

A literatura traz características interessantes a cerca destas diferenças de gênero implicadas na situação de acolhimento. As meninas em acolhimento institucional se destacam pela postura mais ofensiva, misturam-se ao mundo dos meninos, para que não se possa diferenciá-las principalmente as que experienciaram as ruas. Nas ruas e durante o acolhimento institucional, meninos e meninas formam relações interpessoais de grupo nas quais há trocas e atividades, como buscar comida, mendigar, consumir drogas e cometer roubos. Os adolescentes estabelecem relações de troca e de solidariedade, fazendo com que não se perceba formas instituídas de dominação masculina. Ambos vão em busca de dinheiro, pedindo ou roubando, enfrentando momentos de tensão na relação com a polícia, ou mesmo em busca de drogas. Nestas práticas, as funções sociais parecem indistintas através do vínculo mais fortalecido de pertencimento ao mesmo universo principalmente diante de estarem postos à margem da sociedade (FRANGELLA,2000).

Ao longo dos séculos, a exclusão social se reproduz sobre uma diversidade de grupos sociais vulneráveis e definidos como menos qualificados para a vida em sociedade. A estigmatização destes adolescentes em acolhimento se amplia na segregação social da pobreza, dos negros, e também, inadaptados sociais vistos como "drogados", "revoltados" e "delinquentes". Trata-se aparato social instrumental e institucional que busca constantemente disciplinar esse grupo "rebelde", através de mecanismos repressivos, e da projeção de um discurso socializador corregedor, que impõe a essas crianças e adolescentes uma imagem estigmatizada de si mesmas (FRANGELLA, 2000; LUCENA;NOBREGA, 2004).

O Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes também detectou que a maioria dos adolescentes acolhidos no Brasil são negros (63,6%), e que o motivo mais frequente para a situação de acolhimento é a pobreza (24,2%). Esta pesquisa foi realizada pela Rede de Serviços de Ação Continuada do Ministério do Desenvolvimento Social (REDE-SAC/MDS), e investigou 20 mil crianças e adolescentes em situação de

acolhimento em 589 instituições em todas as regiões brasileiras (ASSIS; FARIAS, 2013).

O Levantamento nos mostra que a pobreza que está por trás das situações citadas. Ao contrário do que está previsto em lei, são os filhos de famílias pobres que continuam a ocupar esses lugares, são as crianças e adolescentes pobres e negros que estão nos abrigos. As famílias negras e pobres permanecem submetidas aos processos de desqualificação por sua condição econômica e social, e seus filhos vão para essas instituições, como mostram Nascimento, Cunha e Vicente (2007).

Através dos dados é possível supor que grande parte dos adolescentes que vivem nas unidades pesquisadas são oriundos de famílias pobres. Nesse sentido, dados do Levantamento Nacional (ASSIS; FARIAS, 2013) demonstram que geralmente estas famílias enfrentam carência financeira e precariedades na moradia, saneamento, alimentação e no acesso à saúde e à escola. Tais fatos podem trazer a margem algumas violações de direitos como trabalho infantil, envolvimento com tráfico e prostituição e mendicância as quais levam os adolescentes ao ingresso nas unidades de acolhimento.

A precariedade financeira e, notadamente, afetiva compõe um contexto familiar desestruturado. Contexto este que contribui para a fragilização e até mesmo ruptura dos vínculos, levando à desafiliação a qual é responsável pela parcela significativa no processo de decisão dos adolescentes de abandonar o lar. O afastamento e desconhecimento a cerca de seus responsáveis prevalente em toda a pesquisa denota bem a desafiliação, que constitui mais uma violência em suas vidas.

A baixa renda impõe impactos sobre o nível de escolaridade, há defasagens escolares na realidade dos participantes do estudo. Estes acompanham os dados Nacionais a cerca da Escolaridade uma vez que o Levantamento Nacional (ASSIS; FARIAS, 2013) também demonstra que a maior parte dos adolescentes acolhidos no Brasil também se encontram cursando o ensino fundamental (56,6%). Ressalta-se a defasagem escolar deste público se comparado o acesso escolar dos acolhidos institucionalmente ao da população brasileira infanto-juvenil (82,1%) através dos dados do IBGE na PNAD (2010).

Nesse sentido, destaca-se reduzida escolaridade dos responsáveis que, em maioria se constitui somente da mãe ou outra figura materna, e a sua inserção dos responsáveis no mercado de trabalho formal e informal. Pode-se dizer que este comprometimento da estrutura familiar começa com a falta da educação formal dos pais que, em geral, leva à falta de emprego ou subemprego dos mesmos. Outro aspecto é a mãe como elemento central. Além disso, estudos demonstram a característica de famílias monoparentais chefiadas por mulheres nas quais a falta da figura paterna é marca significativa, e, em alguns casos, este papel se desempenha por padrastos, tias e figuras masculinas presentes neste cotidiano. Desta forma, a referência paterna geralmente tende a ficar comprometida e, nesse sentido, associam-se situações de agressão física e verbal entre os membros da família, além de negligência e privação (ABDELGALIL et al, 2004; AZÔR;VECTORE, 2008; CARINHANHA; PENNA, 2012; GOMES;PEREIRA,2005; MOREIRA, 2007).

Segundo Sarti (2010), a ordem moral que organiza a família a partir da divisão sexual do trabalho circunscreve para o homem o papel de autoridade moral, no sentido da responsabilidade pela mediação da família com o mundo externo e, para mulher, a autoridade no sentido da manutenção da unidade do grupo. Entretanto, o comprometimento da estrutura familiar principalmente nas famílias mais pobres pode afetar os primeiros vínculos sócio-afetivos que conferem o senso de pertencimento necessário ao desenvolvimento do adolescente, contribuindo para intensificar a vulnerabilidade e desafiliação (CARINHANHA, 2009).

A condição socioeconômica e a etnia ao aumentar a vulnerabilidade social das famílias mais pobres, pode potencializar outros fatores de risco, contribuindo para que crianças e adolescentes mais pobres tenham mais chances de passar por episódios de abandono, violência e negligência.

3.2 Relações interpessoais e contextuais de adolescentes acolhidos no município do Rio de Janeiro

O capítulo a seguir apresenta as vivências dos adolescentes em acolhimento institucional dentro dos âmbitos relacional e contextual. Nesse sentido, os dados demonstram as vivências dos membros do grupo de amizade destes adolescentes em relação aos estudos, uso de álcool e drogas e vivência de violências. Além disso, são averiguadas dificuldades e experiências já enfrentadas e provenientes das relações sociais/familiares, e de situações de uso de drogas e violência, como abusos sexuais e discriminação sexual.

Nesse sentido, busca-se primeiramente descrever e caracterizar a percepção dos adolescentes em acolhimento sobre os seus grupos de amizade, apresentados na Tabela 4 (página 85). Isto é, demonstrar a permanência destes adolescentes no ambiente escolar, como também as experiências relativas ao uso/consumo de álcool e outras drogas. Além de detectar comportamentos antissociais, relacionados ao desprezo e transgressão de normas, e também de vivências de violências nas relações afetivas já enfrentadas.

Pode-se perceber que 68,1% dos membros do grupo de amigos dos adolescentes em acolhimento já abandonaram os estudos. Além disso, cabe o destaque de que, 55,6% destes jovens, ou seja, mais da metade relataram o abandono escolar por parte da maioria ou alguns dos seus amigos. 29,2% declararam que nenhum dos membros de amizade abandonaram a escola.

Os amigos também demonstram consumo/uso de álcool e tabaco outras drogas. No que diz respeito ao tabaco, pode-se destacar que 34,7% dos adolescentes acolhidos relatam que todos os amigos já fizeram uso, sendo que apenas 12,5% não relataram nenhum uso por parte de amigos. Com relação à bebida alcoólica, por sua vez, 45,8% dos adolescentes relataram que todos os seus amigos já consumiram. A bebida alcoólica parece ser um item comum no grupo de amizade destes adolescentes. Não obstante, apenas 8,3% dos adolescentes não apresentam relatos sobre o consumo desta nas suas relações de grupo. Outra substância que parece ser comum nas relações de

amizade é a maconha. 55,6% dos adolescentes acolhidos relataram que todos ou a maioria dos amigos usam ou já usaram-na.

Entretanto, os adolescentes demonstram uma visão positiva nos grupos de amizade que se refere ao reduzido consumo de outras drogas pesadas como *crack* e cocaína que apresentam menores índices de consumo. 80,6% e 75% dos adolescentes relatam que nenhum dos seus pares já utilizou *crack* e cocaína, respectivamente. E 31% relatam que nenhum de seus amigos já utilizaram outras drogas.

Quanto aos comportamentos antissociais que se relacionam ao desprezo e transgressão das normas, pode-se destacar que 20,8% destes jovens afirmam que todos os amigos já praticaram algum tipo de vandalismo. Entretanto, quanto a provocação de acidentes e lei de trânsito, a maioria dos adolescentes afirmam não ter amigos já envolvidos em tais situações (58,3%) e (47,2%) respectivamente.

Por sua vez, com relação a experiências de eventos violentos, 40,3% dos adolescentes relataram que nenhum dos membros de seu círculo de amizade já havia sido agredido pelo parceiro. Entretanto, cabe destacar que 49,6% conheceram uma ou mais amigos que já vivenciaram a violência contra parceiro íntimo. Com relação à violência sexual, destaca-se que 27,8% destes adolescentes possuem amigos que já foram abusados sexualmente, mas 23,6% não soube informar.

Tabela 4 - Percepção sobre seu grupo de amizade dos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)

Variáveis	Nenhum/a	Um/a	Alguns/as	A maioria	Todos/as	Não soube informar
Abandonaram os estudos	29,2 (19,6/40,9)	2,8 (0,6/10,7)	30,6 (20,8/42,3)	25,0 (16,1/36,5)	9,7 (4,6/19,3)	2,8 (0,6/10,7)
Fumam/ram cigarro	12,5 (6,5/22,6)	4,2 (1,3/12,4)	23,6 (15,0/35,0)	23,6 (15,0/35,0)	34,7 (24,4/46,6)	1,4 (0,1/9,6)
Utilizam/ram bebida alcoólica	8,3 (3,7/17,6)	4,2 (1,3/12,4)	13,9 (7,5/24,2)	25,0 (16,1/36,5)	45,8 (34,4/57,6)	2,8 (0,6/10,7)
Fumam/ram maconha	19,4 (11,7/30,5)	4,2 (1,3/12,4)	18,1 (10,6/28,9)	26,4 (17,3/38,0)	29,2 (19,6/40,9)	2,8 (0,6/10,7)
Usam/ram crack?	80,6 (69,4/88,2)	1,4 (0,1/9,6)	4,2 (1,3/12,4)	1,4 (0,1/9,6)	4,2 (1,3/12,4)	8,3 (3,7/17,6)
Usam/ram cocaína	75,0 (63,4/83,8)	4,2 (1,3/12,4)	5,6 (2,0/14,1)	2,8 (0,6/10,7)	4,2 (1,3/12,4)	8,3 (3,7/17,6)
Usam/ram outras drogas?	31,9 (22,0/43,8)	6,9 (2,8/15,9)	25,0 (16,1/36,5)	13,9 (7,5/24,2)	11,1 (5,5/20,9)	11,1 (5,5/20,9)
Desrespeitam/ram lei de trânsito	47,2 (35,7/58,9)	4,2 (1,3/12,4)	13,9 (7,5/24,2)	12,5 (6,5/22,6)	13,9 (7,5/24,2)	8,3 (3,7/17,6)
Provocam/ram acidentes	58,3 (46,4/69,3)	8,3 (3,7/17,6)	18,1 (10,6/28,9)	2,8 (0,6/10,7)	1,4 (0,1/9,6)	11,1 (5,5/20,9)
Praticam/ram vandalismo	40,3 (29,3/52,2)	5,6 (0,2/14,1)	13,9 (7,5/24,2)	11,1 (5,5/20,9)	20,8 (12,8/32,0)	8,3 (3,7/17,6)
Já foram agredidos/as pelo/a parceiro/a	40,3 (29,3/52,2)	13,9 (7,5/24,2)	18,1 (10,6/28,9)	15,3 (8,5/25,8)	2,3 (0,6/10,7)	9,7 (4,6/19,3)
Já foram abusados/as sexualmente pelo/a parceiro/a	48,6 (37,0/60,2)	8,3 (3,7/17,6)	12,5 (6,5/22,6)	1,4 (0,1/9,6)	5,6 (0,2/14,1)	23,6 (15,0/35,0)

Fonte: A autora, 2017.

Os adolescentes experenciam violência também em outras diferentes relações interpessoais e contextos, apresentados nas Tabelas 5 e 6 (página 88) e nos Gráficos 4 e 5 (página 89). Isto é, a Tabela 5 (página 87) apresenta a vivência do divórcio dos pais, sofrer agressão na família, a morte ou doença grave de um parente próximo bem como ser testemunha de atos de agressão, violência sexual e abuso sexual/psicológico. Além disso, se apresenta o consumo de álcool e drogas pelos responsáveis na Tabela 6 (página 87). Além disso, a Tabela 5 (página 87) também apresenta casos de sofrimento social tais como exclusão dos grupos, assédios morais pela internet ou na escola e o Gráfico 4 (página 88) traz dados da discriminação sexual sofrida por estes adolescentes e o Gráfico 5 (página 88) traz dados da prevalência de violência sexual sofrida por estes adolescentes. Ou seja, trata-se dos dados relativos ao contexto das **Vivências de violência e situações adversas na família** (apresentados na Tabela 5 e 6, Gráfico 4) e **das Experiências de sofrimento social do adolescente** (apresentados na Tabela 6 e Gráfico 5).

Com relação à estas vivências de violência e situações adversas na família, 43% dos adolescentes já vivenciaram o divórcio dos pais, como apresentada na Tabela 5 (página 87). Já sobre situações que envolvem o consumo de substâncias psicoativas no ambiente intrafamiliar, pode -se destacar o consumo de álcool e outras drogas pelos responsáveis apresentadas na Tabela 6 (página 87). O consumo de álcool e outras drogas é mais relatado pelos adolescentes com relação à figura paterna, por exemplo 52% e 76% respectivamente. Enquanto que 66% dos adolescentes acolhidos relatam o uso de bebida alcoólica e 16% consumo de drogas pela figura materna.

Além disso, a Tabela 5 (f.87) mostra que grande parte dos adolescentes já testemunharam violência contra alguém (P=72%) e vivenciaram a morte de ou doença grave de algum parente próximo (P=70%). Pode-se destacar, pelos dados da Tabela 6 (f. 87), que 33,3% destes adolescentes já viram a figura paterna agredindo outros familiares. Diferentemente, a figura materna apresenta dados mais relacionados a sofrer a agressão por parte de outros familiares (P=25,8%). Cerca de 74% dos adolescentes já sofreram abusos físicos por um familiar ou abusos de ordem sexual ou psicológica. Dentro deste contexto, destacamos o fato de que 30% destes jovens relatam terem sofrido violência sexual, Tabela 5 (f. 87). No contexto

do acolhimento institucional, 15% dos meninos e 54% das meninas já sofreram violência sexual, Gráfico 5 (f. 88).

Os sofrimentos vivenciados por na ordem social também são presentes na vida destes adolescentes. O sentimento de exclusão social, demonstrado na Tabela 5 (f. 87), parece comum entre estes jovens, 59% afirma já ter sido excluído do seu meio social. A exclusão se perpetra também através da discriminação sexual, mais vivida pelas meninas (19%) em pequena diferença com relação aos meninos (15%), dados do Gráfico 4 (f. 88). Além disso, é importante destacar que 98,5% dos adolescentes já sofreram assédio moral na escola e por vias eletrônicas, Tabela 5.

Tabela 5 - Experiências difíceis vivenciadas pelos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017

Variáveis	N	% (IC95%)
Vivenciou o divórcio dos pais	72	43,1 (31,9/54,9)
Vivenciou a morte ou doença grave de um parente próximo	70	70,0 (58,0/79,7)
Testemunhou violência contra alguém	72	72,2 (60,5/81,5)
Foi excluído do meio social	71	59,1 (47,1/70,1)
Sofreu assédio moral por via eletrônica	71	39,4 (28,5/51,4)
Sofreu assédio moral na escola	72	52,8 (41,0/64,2)
Foi agredido fisicamente por um familiar	72	25,0 (16,1/36,5)
Foi alvo de abuso sexual / por via psicológica	72	48,6 (37,0/60,2)
Sofreu violência sexual (membro da família, amigos e/ou desconhecidos)	65	30,8 (20,5/43,2)

Fonte: A autora, 2017.

Tabela 6 - Experiências vividas com os pais/responsáveis em períodos que antecederam o acolhimento(continua)

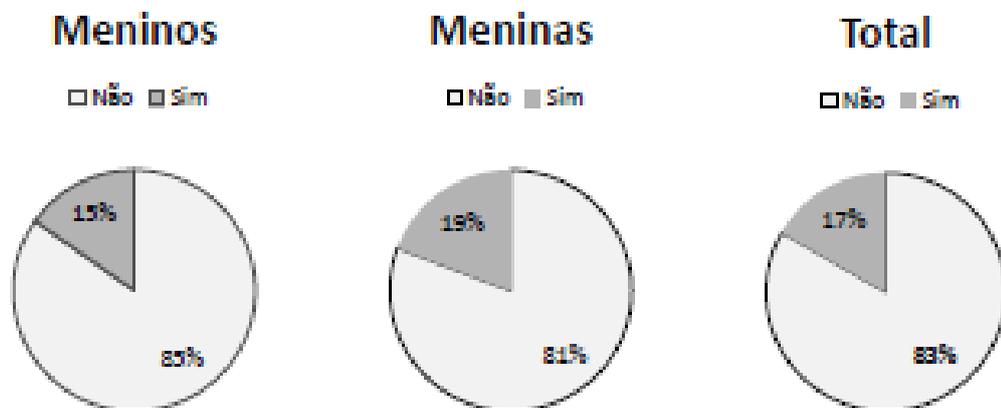
Variáveis	N	% (IC95%)
Presenciou a figura paterna		
Fumar cigarro	60	51,7
Ingerir bebidas alcoólicas	63	76,2
Usar drogas	62	37,1
Agredir outro(s) familiar(es)	63	33,3
Ser agredido(a) por outro(s) familiar(es)	62	19,3

Tabela 6 - Experiências vividas com os pais/responsáveis em períodos que antecederam o acolhimento(conclusão)

Presenciou a figura materna		
Fumar cigarro	67	44,8
Ingerir bebidas alcoólicas	45	66,2
Usar drogas	68	16,2
Agredir outro(s) familiar(es)	68	26,5
Ser agredido(a) por outro(s) familiar(es)	66	25,8

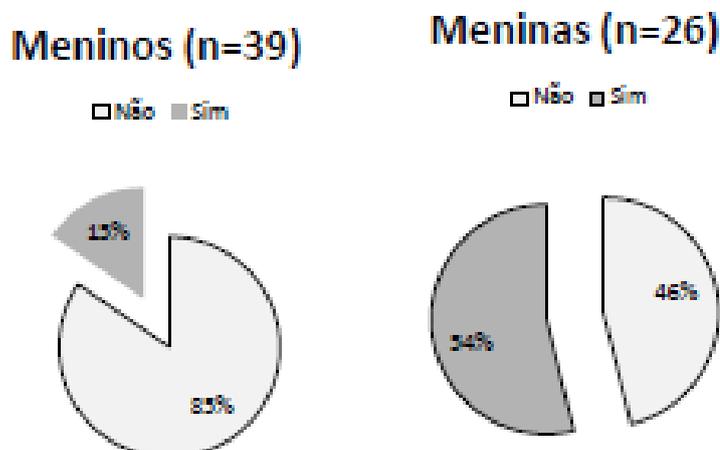
Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 4 - Prevalência de discriminação sexual nos adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017



Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 5 - Prevalência de violência sexual sofrida por meninos e meninas em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017



Fonte: A autora, 2017.

A literatura descreve o relacionamento social como uma necessidade humana básica, interligada com o autoconceito e a motivação. Entende-se como autoconceito, a visão que o indivíduo possui acerca de si próprio, sendo que esta visão é formada com base na sua experiência direta e na sua observação e avaliação de pessoas significativas (BANDURA, 1986). Em todas as fases da vida existe necessidade de afiliação e de aprovação, assim como de reconhecimento do outro, para a formação da identidade. Contribuem para tanto as redes de relações sociais apoiadas por relações familiares, e não familiares, de intimidade, de amizade, formais, informais, entre outras. As relações sociais se expressam em diversos graus de importância e de proximidade afetiva para as pessoas, podem ser de tamanho restrito ou ampliado e desempenham funções específicas em diferentes momentos e contextos da vida (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1985).

A literatura destaca também a importância dos relacionamentos sociais para a adolescência que aumenta gradativamente nesta fase. A família deixa de ser o único agente de socialização importante, para abrir espaço à relações com iguais (NOGUEIRA, 2001). A socialização e interação entre amigos geralmente se dá durante tempo significativo, e os relacionamentos tornam-se mais estáveis na medida em que o adolescente compartilha questões íntimas como sentimentos e segredos os quais não se permitem partilhar com os seus pais (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2005).

Assim, as relações com iguais assumem uma importância crescente para o adolescente na medida em que medeiam a construção da identidade e a aquisição de papéis sociais que os permitem compartilhar. Então, a amizade tem sido descrita como uma fonte de apoio social para a fase da adolescência, principalmente para os adolescentes abrigados e em situação de rua, afastados do convívio familiar e de sua comunidade de origem. Além disso, as relações sociais também constituem fatores protetores ou de risco as trajetórias de desenvolvimento na vida dos jovens. Este último por exemplo envolvendo comportamentos antissociais e consumo de álcool e outras drogas (RUBIN et al, 2006; ERIKSON, 1998; NOGUEIRA, 2001; CORREIA et al, 2014).

As relações dos adolescentes em acolhimento institucional são justamente permeadas por situações comuns de comportamentos antissociais e uso/consumo de álcool, tabaco e, em menor parcela, maconha. Ao mesmo tempo, associa-se a este universo a evasão escolar. Pode-se perceber a vulnerabilidade do adolescente

acolhido a desenvolver comportamentos desviantes, como constatado no Modelo Sociointeracionista de Estágios (PATTERSON; REID; DISHION, 1992) que sustenta que a associação com pares desviantes está fortemente relacionada ao uso de álcool, outras drogas e comportamentos antissociais, e muitas vezes no abandono escolar.

Nesse sentido, este modelo define que estes comportamentos se relacionam com agressividade e oposicionismo às regras além de caracterizar estes comportamentos como características de desenvolvimento. Isto é, os comportamentos antissociais se originam na infância e se desenvolvem ao longo da vida até a vida adulta, sendo produzidos por interações sociais. Mas também, estes vão se alterando a partir das exigências ambientais e do desenvolvimento do indivíduo (PATTERSON; REID; DISHION, 1992).

A evasão escolar, constatada na grande maioria dos grupos de amizade dos adolescentes, pode não só estar relacionada a uma manifestação de comportamento desviante. Para além disso, a desigualdade social presente no meio de convívio destes jovens, se repercute na educação de forma que se faz menos acessível às classes sociais menos privilegiadas. Este fato pode ser exemplificado no Relatório realizado pela UNICEF em 2012 sobre o perfil das crianças e dos adolescentes fora da escola ou em risco de evasão no Brasil realizado com 3,7 milhões de crianças e adolescentes baseado nas estatísticas da PNAD (2009) (FUNDO DAS POPULAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA, 2012).

Demonstra-se o reflexo da desigualdade social na educação em que a maioria dos adolescentes expostos aos maiores riscos de deixar a escola são negros e pobres. Enquanto 21,9% dos adolescentes negros estudam e trabalham, a taxa entre os brancos é de 20,1%. Similarmente, entre os adolescentes de famílias com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, a taxa é de 19,0%, entre os oriundos de famílias com renda familiar per capita superior a dois salários mínimos, de 16,6% (FUNDO DAS POPULAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2012).

Desta forma, a realidade excludente brasileira da Educação formal, não proporcionando vivências que favoreçam a permanência dos adolescentes, também favorece a evasão escolar, além da tendência de comportamentos antissociais. Estudos demonstram o comprometimento do desenvolvimento psicossocial positivo destes jovens, cada vez mais imersos em realidades discriminatórias. Estas realidades abrangem desde os maus tratos, violências, negligência até estressores

ambientais. Dessa forma, percebe-se que os jovens em situação de acolhimento ficam ainda mais expostos à comportamentos antissociais e situações adversas como: violência, abusos sexuais, exclusão da escolaridade, práticas infracionais, prostituição, exploração de trabalho, drogadição e gravidez na adolescência (GREGORI; SILVA, 2000; NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2005; GALLO; WILLIAMS, 2005; PATTERSON; REID; DISHION, 1992; PLANTE et al., 2012).

As realidades discriminatórias aqui mencionadas são expressas através do forte estigma social atrelado à situação de acolhimento. Estar em uma unidade de acolhimento, marca estes adolescentes como "diferentes" perante à sociedade, isto é, lhes confere uma distinta identidade social que pode torná-los alvo de preconceito, exclusão e estigmatizações (RODRIGUES et al, 2014). Neste contexto, se manifesta o forte sentimento de exclusão social relatado pelos adolescentes em acolhimento, o que os vulnerabiliza ainda mais para o uso de álcool e outras drogas.

Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (2009) conceitua preconceito como qualquer atitude negativa em relação a um grupo social que derive de uma ideia preconcebida sobre tal grupo, já o estigma se refere a um rótulo atribuído a determinado grupo no sentido de sua simplificação ou desqualificação, para anular, destratar marginalizar e excluir. Além disso, Goffman (2005) atenta para os princípios de organização da sociedade, os quais se baseiam em indivíduos portadores de certas características sociais, o que lhes permitem esperar que os outros o valorizem e o tratem de maneira adequada.

Todavia, para os adolescentes em acolhimento institucional, estas características sociais relacionadas à aceitação e integração social não conseguem aflorar, e as “primeiras impressões” os revelam como adolescentes com persistentes carências, culminando na marginalização ainda maior destes indivíduos. A negação destas pessoas como parte constitutiva da sociedade carrega “precauções para aprisionar um homem naquilo que ele é, como se vivêssemos com o perpétuo receio de que possa escapar do que é, possa fugir e de repente ver-se livre da própria condição”, ameaçando a convivência com os estabelecidos dentro da ordem construída (GOFFMAN, 2005, p. 75).

Além do sentimento de exclusão social, a discriminação sexual também é muito relatada pelos adolescentes, sobretudo para as adolescentes femininas. O preconceito sexual tem sido relacionado a comportamentos segregacionais e ditatórios que se encontram estereotipados à luz das assimetrias de gênero. Isto é,

nos grupos de amizade são culturalmente impostos aos adolescentes padrões de "feminilidade" e "masculinidade" que se alicerçam em funções sociais previamente determinadas e categoricamente indiscutíveis (SILVA, 2013).

O fato das adolescentes relatarem mais o sentimento de discriminação sexual é reflexo de uma ordem social em que as assimetrias de gênero impactam mais perceptivelmente a mulher. Isto porque a sociedade ocidental, ao longo da história se constituiu sob a ótica patriarcal de sujeição. Tal fato quer dizer que o sexismo, essência da sociedade patriarcal, constitui uma das formas de hierarquização para dominação do homem sobre a mulher, acarretando conseqüentemente desigualdades e exclusões. Esta realidade se traduz ao nível das discriminações pessoais e estereótipos nos grupos de amizade dos adolescentes investigados, os quais em sua grande maioria já vivenciaram algum tipo de assédio moral, e acarretam efeitos evidenciados na autoestima e em comportamentos antissociais, de risco e desviantes (FONSECA; GUEDES, 2011; BIANCHI et. al, 2002; BOURGUIGNON et al, 2006; CROCKER; MAJOR, 1989; CROCKER; QUINN, 2000).

Os adolescentes em situação de acolhimento estão imersos em um grande contexto de comportamentos de risco. Determinados jovens assumem riscos como o uso abusivo de drogas e atividades delituosas de acordo com os dados. Tendo em vista o elevado uso de álcool nos grupos de amizade e familiar da população estudada, percebe-se para a maioria o consumo frequente de bebidas alcoólicas e de tabaco. Em relação às demais drogas, na maioria dos casos, se dá o uso de maconha.

Estudos mostram que os motivos frequentemente atribuídos ao primeiro uso de drogas ilícitas ou controladas por adolescentes em situação de acolhimento, recai em relação à curiosidade e influência do grupo. O uso de drogas, mas principalmente álcool e tabaco faz parte da identidade de alguns grupos e, possivelmente o desejo de se integrar aos mesmos seja um dos aspectos mais evidentes no exato momento da decisão de consumir. Além disso, a situação de acolhimento além da interação de diversos fatores complexos e menos perceptíveis, como vínculo familiar, limites, medos, fascínio pelos desafios e medos se relacionam com a decisão do uso de substâncias (NOTO et al., 2003; SCHENKER, 2005).

A percepção positiva de seus pares com relação ao afastar-se do uso de drogas pesadas demonstram os fatores de proteção contra o uso de substâncias. Os adolescentes não são recipientes passivos ou objetos controlados por influências

familiares ou sociais e nem por determinações externas. Cabe destacar que os adolescentes são participantes ativos para a formação de vínculos e transmissão de normas e, assim, suas características físicas, emocionais e sociais interagem na dinâmica da socialização. Os adolescentes que têm objetivos definidos e que investem no futuro apresentam menor probabilidade de usar drogas. Um fato interessante é que a convivência com normas e adultos cuidadores pode influenciar a decisão do não uso mesmo em ambientes familiares ou comunidades onde há o uso de substâncias (SCKENKER, 2005).

Outro aspecto a se destacar foi a prevalência do uso de álcool e outras drogas pelos responsáveis, no ambiente intrafamiliar da população investigada. Hoje tem sido salientada a relevância das relações familiares para a iniciação dos jovens ao uso de drogas (KANDEL; KLESSER; MARGULES, 1978; SCHOR, 1996). Não obstante ao fato de que a família, como instituidora das relações sociais primárias, influencia a forma como o adolescente reage à ampla oferta de drogas na sociedade. Schor (1996) aponta a relação linear entre abuso de álcool dos pais e de seus filhos, e sugere que padrões de comportamentos dos pais e interações familiares se associam em boa parte às atitudes dos filhos. O alcoolismo e uso abusivo de drogas, por exemplo, tem uma influência destrutiva no funcionamento familiar e essa disfunção desempenha papel mediador na transmissão intergeracional de comportamentos.

Este padrão é frequente entre jovens de diferentes seguimentos sociais, mas se intensifica no contexto de situação de acolhimento e de rua, devido a falta de sistemas de proteção e carência de limites (NOTO et al, 2003). O envolvimento grupal tem sido visto como um dos maiores prenúncios do uso de substâncias, já que se configura como fator de risco quando os amigos considerados como modelo de comportamento demonstram tolerância e aprovação ou consomem drogas, o mesmo ocorre em relação a outros comportamentos como atos violentos ou de "vandalismos" (KANDEL, KLESSER, MARGULES, 1978; BOTVIN, 1986; BROOK et al., 1990; HAWKINS; CATALANO; MILLER, 1992; OETTING; DONNERMEYER, 1998; FERGUSSON; HORWOOD, 1999; SWADI, 1999; HOFFMANN; CERBONE, 2002).

Outro aspecto importante para este comportamento de risco, é que a disponibilidade e a presença da droga na comunidade de convivência têm sido vistas como facilitadoras do uso de drogas pelos adolescentes, uma vez que o

excesso de oferta naturaliza o acesso. Por isso, quando a facilidade da oferta se junta à já mencionada desorganização social, familiar e institucional, produz-se uma sintonia de fatores os quais podem aumentar a probabilidade de consumo de álcool e outras drogas tanto nas relações de amizade quanto pelos adolescentes em acolhimento (JESSOR, 1991; PATTON, 1995; WALLACE Jr., 1999; KODJO; KLEIN, 2002).

Nesse sentido, o consumo de drogas está inserido no contexto da violência que permeia o meio social da vida destes adolescentes. Ampliando o olhar, pode-se constatar que a experiência de eventos violentos na grande maioria das relações sociais dos adolescentes investigados. Além disso, no caso dos adolescentes acolhidos no que diz respeito à violência intrafamiliar, foram observados vários históricos de agressão, com abuso sexual e psicológico. É importante considerar que na maioria das famílias, ocorria o uso de álcool e drogas, principalmente pelo pai. Isto é, pode-se supor que, para muitos, o convívio com o consumo de drogas antecede a situação de acolhimento, nesse caso não como produto, mas como fator que favorece o afastamento dos adolescentes de suas famílias. Além disso, percebe-se a associação do consumo de álcool e outras drogas no contexto da violência intrafamiliar.

Ao mesmo tempo, fatores de risco como vitimização e exposição à violência tais como ter pais violentos uns com os outros, ser vítima de violência pelos cuidados, ter amigos engajados em relações violentas e aceitação e justificação da violência como algo possível e natural entre parceiros tem sido relacionados à problemática da violência entre parceiros, presente em grande magnitude dos grupos de amizade dos adolescentes em acolhimento (NOTO et. al, 2003; SANTOS; MURTA, 2016).

Tal fato reflete a realidade brasileira, em que a violência no namoro de adolescentes se considera como um fenômeno de alta prevalência. A pesquisa organizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz, realizada em escolas públicas e privadas de dez capitais brasileiras, com 3.205 jovens entre 15 e 19 anos, observou-se que 86,9% dos adolescentes já foram vítimas e 86,8% já foram perpetradores de algum tipo de violência, física, sexual ou psicológica, durante relacionamento atual ou o último existente (OLIVEIRA et. al, 2011).

Dentro de uma perspectiva macrossocial, o consumo de drogas entre essa população pode ser encarado como um comportamento que denuncia as condições que favorecem a situação de acolhimento e a vulnerabilidade à violência. Entram em questão todos os fatores sociais estruturais anteriormente mencionados, como a pobreza, as condições da família, da educação, entre outros. O fomento de medidas de prevenção no intuito de aumentar o comportamento de ajuda, tanto no sentido de buscar apoio quanto no de oferecer auxílio nesses contextos, requer, segundo Soares, Lopes e Njaine (2013), mudanças na forma de se pensar o sistema de atenção à saúde quanto à prevenção à violência, ao uso de álcool e outras drogas, e promoção de saúde com vistas o desenvolvimento de relações saudáveis.

3.3 Adolescência, relações afetivas, consumo de álcool e outras drogas: as interfaces da Violência

Para além das relações interpessoais e familiares, o consumo de álcool e outras drogas também torna as suas relações afetivas íntimas vulnerável à ocorrência da violência, como expresso na Tabela 8. Para isso, foi investigado o padrão de consumo de álcool e outras drogas dos adolescentes em acolhimento instrucional, expresso no Gráfico 6 e Gráfico 7 (f. 98). Além disso, estes adolescentes sofrem e perpetram diferentes tipos de Violência no contexto da Relação Afetiva Íntima (Tabela 7 e Gráfico 8). Isto é, a Tabela 8 apresenta a relação entre consumo abusivo/dependência de álcool e outras drogas e as formas de violência perpetrada (relacional, sexual, emocional ou física).

Além disso, os Gráficos 6 e 7 (f. 98) apresentam a prevalência do consumo destas substâncias em diferentes padrões de consumo. Ou seja, este capítulo trata de dados relativos ao Perfil de uso de substâncias e da violência nas relações afetivas íntimas para adolescentes em acolhimento institucional (apresentados nos Gráficos 6-8 e Tabela 7) e a associação do uso de álcool e outras drogas e violência nas relações afetivas íntimas (Tabela 8, f. 100).

Com relação a este perfil de uso de substâncias, o Gráfico 6 (f. 97) apresenta os padrões de consumo (Abstenção, uso ocasional, consumo abusivo ou dependência) pelos adolescentes de Tabaco, Álcool, Maconha, Cocaína,

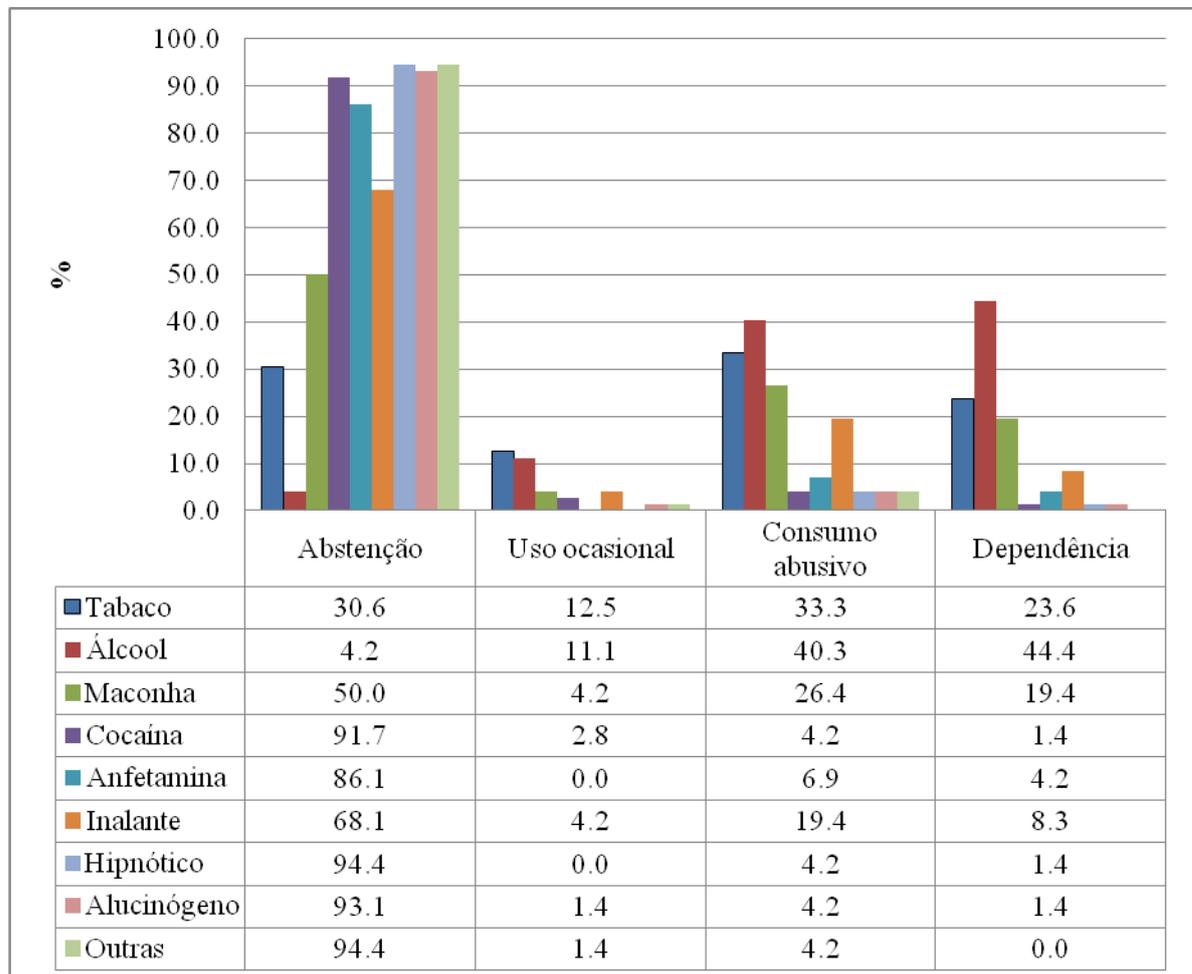
Anfetamina, Inalante, Hipnóticos, Alucinógenos e outras drogas. Pode-se perceber altos índices de abstenção para a maior parte das drogas, principalmente em relação às drogas mais pesadas como a Cocaína (P=91,7%), Hipnóticos (P=94,4%), Alucinógenos (P=93,1%) e Anfetaminas (P=86,1%). Entretanto, quando se trata da abstenção dos adolescentes em relação ao Álcool este índice muda drasticamente, denotando que apenas 4,2% dos adolescentes não consomem bebida alcoólica. Da mesma forma, apenas 30% dos adolescentes não fazem uso de tabaco e 50% não faz uso de maconha. O Gráfico 7 (f. 98) mostra que 3% destes jovens utilizaram drogas injetáveis nos últimos três meses.

No que diz respeito ao uso ocasional, os dados oscilam demonstrando taxas de consumo de tabaco, álcool, maconha, cocaína, inalante, alucinógenos e outras drogas. Entretanto, quando se observa o padrão de consumo abusivo de drogas, se percebe altas taxas de consumo abusivo de tabaco (33,3%), álcool (40,3%), maconha (26,4%) e inalantes (19,4%). Com relação à dependência, por sua vez, percebe-se o alto índice de dependência de álcool em quase metade da população acolhida de adolescentes (44,4%). Pode-se observar que 23,4% são dependentes de tabaco e 19,4% dependentes de maconha.

O perfil das violências nas relações afetivas íntimas do adolescente para o parceiro e do parceiro para o adolescente, por sua vez, foi apresentada na Tabela 7 que apresenta os tipos positivo e negativo de resolução de conflito, abrangendo as negociações positiva e negativa, ameaças, violência relacional, sexual, emocional e física quanto ao sexo (Gráfico 8, f. 99). Os dados oscilam, demonstrando que as estratégias mais utilizadas na relação para resolução de conflito são a negociação positiva (entre 93 e 94,4%) e Violência Emocional (entre 87,5 e 93%). Entretanto, pode-se observar que os adolescentes em sua maioria perpetram Ameaças (51,4%) mais do que seus parceiros. E que os parceiros perpetram em sua maioria Violência Relacional (41,7%), Violência Sexual (55,6%) e Física (59,7%) mais do que os parceiros.

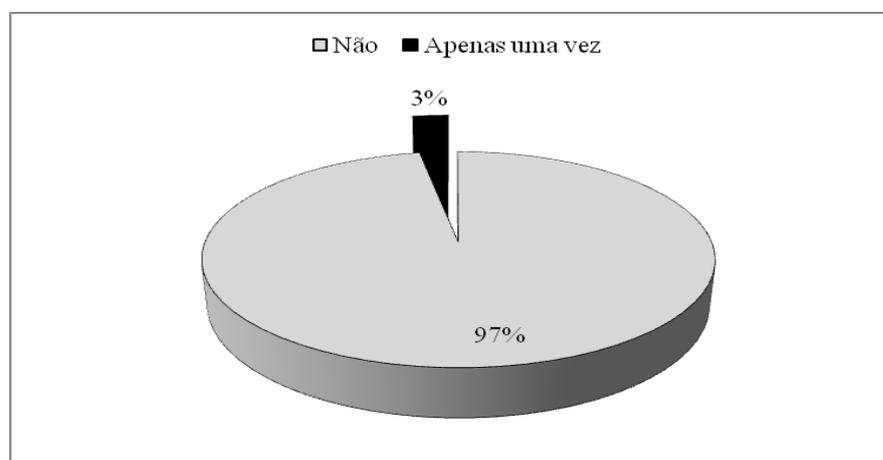
Pode-se perceber que as diferenças quanto as violências perpetradas segundo sexo (Gráfico 8, f. 99) se fazem sobretudo com relação à violência física, emocional, sexual e de ameaças. As adolescentes femininas perpetram mais violência do que os meninos para todos os tipos de violência, assim sendo, perpetram 35% mais violência física, 15% mais violência emocional e ameaças e 11% mais violência sexual.

Gráfico 6 - Consumo de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017



Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 7 - Uso de drogas injetáveis nos últimos três meses por adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)



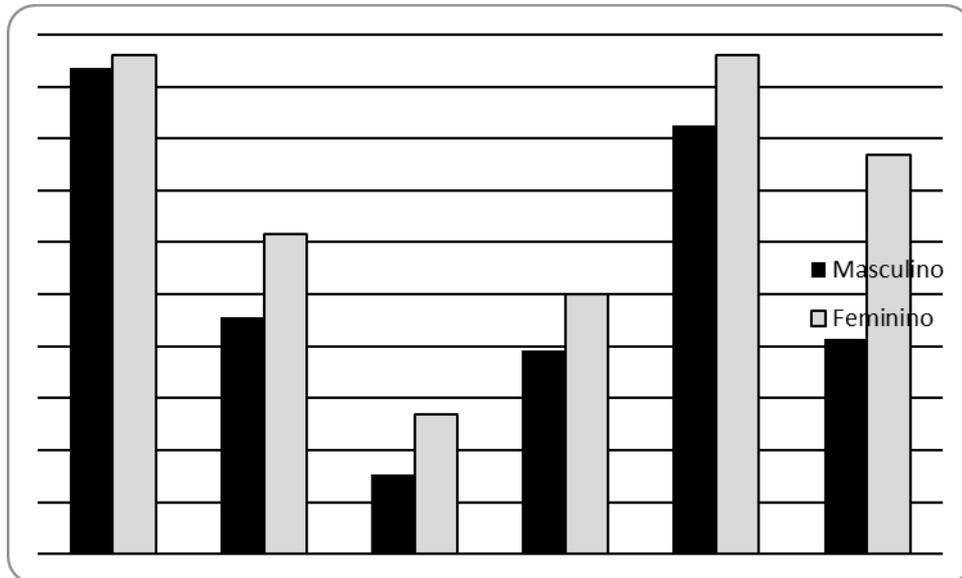
Fonte: A autora, 2017.

Tabela 7 - Tipologia das violências nas relações afetivas de adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (continua)

Resolução de conflito	Violência perpetrada pelo Entrevistado/a ao Parceiro/a		Violência perpetrada pelo Parceiro/a ao Entrevistado/a	
Positiva				
Negociação	72		72	
Sim	68	94,4 (85,8/97,9)	67	93,1 (2,8/15,9)
Negativa	72			
Ameaça	72		72	
Sim	37	51,4 (39,7/62,9)	35	48,6 (37,1/60,2)
Violência Relacional	72		72	
Sim	14	19,4 (11,7/30,5)	30	41,7 (30,6/53,5)
Violência Sexual	72		72	
Sim	31	43,1 (31,9/54,9)	40	55,6 (43,7/66,8)
Violência Emocional	72		72	
Sim	63	87,5 (77,3/93,4)	67	93,1 (84,1/97,1)
Violência Física	72		72	
Sim	39	54,2 (42,3/65,5)	43	59,7 (47,7/70,6)

Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 8 - Tipologia das violências segundo sexo para adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017 (n=72)



Fonte: A autora, 2017.

A associação destes perfis do uso de álcool e outras drogas e das violências nas relações afetivas íntimas é descrita na Tabela 8 (f.100). Esta descreve as associações entre consumo abusivo e dependência de substâncias e as formas de violência perpetradas. Observou-se p-valores que demonstram associação significativa ($p < 0,050$) entre a Violência emocional ao uso abusivo ou dependência de Maconha ($p=0,045$) e ao Uso de uma ou mais drogas psicoativas ($p= 0,046$). Pode-se observar também uma associação significativa da violência física ao uso de inalantes ($p=0,003$). Percebe-se ainda valores limítrofes de associação ($p > 0,05$ e $p < 0,1$) do consumo abusivo de maconha ($p = 0,077$) e inalantes ($p=0,079$) para perpetração de Violência Sexual. Além de valores limítrofes para Violência física associada ao uso de maconha ($p=0,057$), anfetaminas ($p=0,096$) e uso de uma ou mais drogas psicoativas ($p=0,092$).

Tabela 8 - Razões de prevalência entre consumo abusivo/dependência de álcool e outras drogas e as formas de violência perpetradas em adolescentes em acolhimento institucional, Rio de Janeiro/RJ, março a junho de 2017

	V. Relacional	V. Sexual	V. Emocional	V. Física
Álcool	1,1 (0,5/2,2)	0,8 (0,4/1,4)	1,5 (0,7/3,2)	1,1 (0,6/1,9)
p-valor	0,855	0,423	0,330	0,716
Maconha	0,9 (0,6/1,5)	1,4 (0,9/2,1)	2,9 (1,02/8,1)	1,5 (1,0/2,2)
p-valor	0,783	0,077	0,045	0,057
Cocaína	0,9 (0,3/2,9)	-	-	-
p-valor	0,939	-	-	-
Anfetamina	1,3 (0,7/2,6)	1,3 (0,7/2,5)	-	2,0 (0,9/4,7)
p-valor	0,403	0,335	-	0,096
Inalante	0,9 (0,5/1,5)	1,5 (0,9/2,3)	-	2,4 (1,3/4,4)
p-valor	0,666	0,079	-	0,003
Hipnótico	2,1 (0,8/5,4)	1,5 (0,6/4,0)	-	-
p-valor	0,102	0,356	-	-
Alucinógeno	1,3 (0,5/3,4)	1,7 (0,7/4,5)	-	-
p-valor	0,563	0,259	-	-
Uma ou mais droga psicoativa	0,8 (0,2/2,6)	1,7 (0,7/4,4)	8,8 (1,3/74,5)	2,3 (0,9/5,8)
p-valor	0,716	0,262	0,046	0,092

Fonte: A autora, 2017.

Reconhecendo-se a complexidade da problemática do uso de substâncias na adolescência, especialmente em situação de rua e acolhimento, fez-se necessário identificar os tipos de drogas mais frequentemente usados pelos adolescentes em situação de acolhimento. Pode-se perceber que apesar de ser ilícito a venda de álcool e tabaco para menores de 18 anos, estas são duas das drogas mais usadas entre adolescentes em acolhimento institucional. Em relação ao álcool, segundo a literatura, o seu consumo se inicia, em geral, antes da ida para a rua ou acolhimento

o que denota a tamanha naturalização da ingestão de álcool por adolescentes dentro das famílias (NOTO ET AL., 1994; NOTO ET AL., 2004).

Em relação ao tabaco, trata-se da droga de uso mais ocasional entre os adolescentes em situação de acolhimento principalmente na frequência de consumo. Neste caso a literatura também aponta o início do consumo antes da situação de rua e acolhimento (Noto et. al, 2004). Essa precocidade do consumo pode estar também relacionada à inserção do tabaco na cultura brasileira. No levantamento realizado em 2010 com estudantes das 27 capitais brasileiras, foi detectado uso de tabaco por 16,9% e álcool por 60,5% pelos 50.890 estudantes pesquisados, valor superior ao das outras drogas (CARLINI et. al., 2010).

Nesse sentido, é importante salientar que a literatura descreve o ingerir bebidas alcoólicas e fumar cigarros como um ato social inserido num contexto de valores, atitudes, normas e concepções de realidade cujas funções e significados são consonantes ao contexto cultural em que ocorre (Neves, 2004). No Brasil, especialmente o consumo de bebidas alcoólicas está inserido na cultura como fato social não só aceito mas frequentemente reforçado, fazendo parte da socialização e festividades. Por outro lado, o uso de álcool é certamente um dos maiores fatores de adoecimento e que também contribui para situações de risco. Sob este aspecto, a literatura aponta evidências que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em situação de rua e acolhimento se associa a comportamentos de risco na adolescência, ou seja, maior exposição à atividades sexuais sem proteção, exploração sexual, situações de violência, comportamentos agressivos, situações de conflitos nos relacionamentos interpessoais, rupturas familiares, dentre outros (AMARAL; SALDANHA, 2009; VIEIRA et. al.; 2014; NUNES; ANDRADE, 2009).

O efeito no comportamento de beber se baseia na informação sobre o álcool e seus efeitos, adquiridos na adolescência e armazenados na memória. Uma vez que essas expectativas se tornam estabelecidas guiam o comportamento quando expostas ao álcool, de modo que um indivíduo pode produzir os efeitos previstos quando o álcool é consumido. Assim, a opinião do indivíduo sobre os efeitos do álcool parece ser mais determinante do comportamento relacionado ao seu uso do que as próprias ações fisiológicas. O processamento automático de consequências do uso do álcool determina a escolha para usar a droga, bem como os comportamentos que seguem a esse consumo (PEDROSO et. al., 2006;).

Ao mesmo tempo, diversos estudos já demonstraram que é na adolescência que se encontra o grupo de maior risco para a iniciação ao tabagismo. Dessa maneira, considera-se que é nos anos de transição entre o ensino médio e superior que o jovem inicia, desenvolve e consolida seu comportamento tabagista. A nicotina, na adolescência, é a droga que mais captura usuários experimentais, isso faz com que a pessoa fique logo dependente da nicotina e a abstinência passa a ser insuportável, com os sintomas de fissura, irritabilidade, agitação e ansiedade, dificuldades de concentração, sensação de incapacidade de lidar com o estresse, sudorese, tontura, insônia e cefaleia (PINSKY; BESSA, 2004).

Dentro de uma perspectiva mais global, o uso/abuso de substâncias envolve inúmeros fatores psicossociais em associação como as funções e os significados atribuídos ao uso. A alteração da percepção da realidade, por exemplo, pode propiciar a vivência de momentos mágicos, sensações de poder e/ou euforia, como salienta Noto et al. (2003). Assim como, a situação de acolhimento e rua, a utilização de álcool e outras drogas pode oferecer a sensação da expressão de independência e autonomia descritos por Nunes e Andrade (2009). Todo esse contexto, permite experimentações de substâncias em escalas crescentes no sentido do uso abusivo e dependente, como no caso do uso de álcool e cigarros. À medida em que se dá o abuso de substâncias legais, a experimentação também de outras substâncias ilegais como por exemplo principalmente a maconha e inalantes.

Para Pinsky e Bessa (2004), a maconha é a droga mais usada no Brasil, entre as drogas ilícitas. No Levantamento Nacional sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre 50.890 estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras de 2010, 5,7% dos estudantes relataram já ter experimentado maconha ao menos uma vez na vida. Além disso, 8,7% desses adolescentes afirmaram ter utilizado inalantes (solventes) pelo menos 1 vez na vida (Carlini et al., 2010). Esses dados se assemelham aos que constam nesse estudo, pois a maconha e os inalantes estão entre as drogas ilícitas mais consumidas.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em estudo desenvolvido em 2005, com 7.939 sujeitos, nas 108 maiores cidades do país, a maconha é a droga mais facilmente encontrada e mais usada no Brasil (CARLINI et al., 2006). Além disso, a literatura tem descrito diversos fatores predisponentes à iniciação do consumo contínuo da maconha: a disponibilidade de drogas, o grupo de amigos, problemas familiares, déficits

escolares, apoio social, resistência à pressão social e capacidade de resolução de problemas (MELONI, 2004).

Estes dados se assemelham à realidade dos adolescentes pesquisados, podendo-se perceber que grande parte dos adolescentes em situação de acolhimento investigados fazem uso abusivo ou dependente de álcool, tabaco, maconha e inalantes principalmente os quais se encontram em maioria imersos em contextos sociais e familiares violentos, no abandono escolar, distantes do apoio familiar e em meio a relações de pares nas quais há convívio com drogas e comportamentos antissociais.

Pode-se perceber também que este alto índice de adolescentes usuários de substâncias psicoativas se associa ao fato de que a maioria destes adolescentes conviviam com o uso e abuso de álcool e outras drogas no contexto familiar e nas relações de amizade. Estima-se que mais de 6 milhões de crianças vivem com pelo menos um pai que é abusador, ou dependente, de substância e conclui que crianças expostas ao abuso de drogas e álcool estão em maior risco para experimentar dificuldades acadêmicas e de comportamento. Além disso, destaca que indivíduos com problemas emocionais e comportamentais, que já estão em risco de fracasso escolar, também estão em risco aumentado para abuso de substâncias (SCHROEDER; JOHNSON, 2009).

Um outro estudo, realizado em 2010, com 30 adolescentes oriundos de uma instituição de atendimento a dependentes químicos no Rio Grande do Sul, apontou que o uso de substâncias pelos familiares pode aumentar as probabilidades de o jovem também consumir drogas, o que foi evidenciado com pontuação do grupo de usuários bem mais elevada nesse aspecto (WAGNER et. al., 2010). Portanto, os resultados sugerem que o consumo de drogas pelos pais pode ser fator de risco para problemas com as drogas, em adolescentes. Nesse sentido, o processo de aprendizagem social negativa pode ocorrer, pois a criança cresce observando adultos lidando com seus próprios problemas através do uso de drogas e aprenderá esse comportamento como habilidade de enfrentamento.

Os efeitos do consumo abusivo ou dependente das drogas, especialmente a maconha e inalantes, também contribuem para intensificação da problemática da dificuldade de socialização destes adolescentes, os quais, se enfrentam exclusão e estigmas sociais. Wagner et. al (2010) detectou a redução das habilidades sociais nos adolescentes usuários de maconha, e concluiu que a área mais deficitária na

população de usuários de maconha relaciona-se ao autocontrole da agressividade a situações aversivas, denotando que adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas tendem a apresentar maior inabilidade para lidar com sentimentos e reações que envolvem as relações sociais. O estudo também concluiu que isto poderia contribuir para a busca da substância como comportamento não assertivo de enfrentamento de tais dificuldades.

Os efeitos do consumo de álcool e outras drogas interferem de forma importante na socialização, afetando também as relações de intimidade. O abuso de álcool e outras drogas parece ter um papel importante nas atitudes violentas, considerando a articulação complexa de diversos aspectos como as influências do meio, características individuais do usuário de álcool e outras drogas. De forma que o consumo abusivo de álcool e outras drogas pelo parceiro e/ou parceira vulnerabiliza ainda mais para situações de violência nas relações afetivas íntimas, e esta última ao consumo de álcool e outras drogas.

Entre os adolescentes pesquisados, os adolescentes relataram em maioria uso de violência relacional, violência sexual e violência física. A simetria da violência entre namorados, ou seja, igualdade em relação ao exercício da violência no namoro, que pode ser exercida tanto pelo sexo masculino quanto pelo sexo feminino, é observada em muitos estudos (Barreira; LIMA; AVANCI, 2013; MEDEIROS; STRAUSS, 2006). Alguns autores violência praticada nas relações afetivo-amorosas dos adolescentes apresenta padrões nos quais os parceiros se agridem mutuamente, tanto física como psicologicamente. Isto revela que, para romper com essa dinâmica relacional, é necessário intervir no casal, e não somente no adolescente do sexo masculino ou somente na adolescente do sexo feminino (BARREIRA; LIMA; AVANCI, 2013).

Isto pode-se perceber através dos dados que revelam que ambos os sexos perpetram violência física, emocional e sexual e que as adolescentes femininas perpetram muito mais todos os tipos de violência nos relacionamentos íntimos. Nesse sentido, em uma investigação que envolveu 15214 estudantes americanos de 158 escolas do ensino médio, verificou-se que 8,9% experienciaram violência no namoro, sendo que 8,9% eram do sexo masculino e 8,7% do feminino, tais resultados, chama à atenção para a similaridade desse fenômeno entre os sexos (BASILE et al., 2006).

Uma outra pesquisa organizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz, realizada em escolas públicas e privadas de dez capitais brasileiras, com 3.205 jovens entre 15 e 19 anos, observou-se que 86,9% dos adolescentes já foram vítimas e 86,8% já foram perpetradores de algum tipo de violência, física, sexual ou psicológica, durante relacionamento atual ou o último existente. Isto demonstrou que no Brasil, a violência nas relações afetivas íntimas entre adolescentes é considerada um fenômeno de alta magnitude. Além disso, 76,6% dos adolescentes, homens e mulheres, são ao mesmo tempo vítima e autores de diferentes formas de agressão, sendo a violência verbal a de maior prevalência, seguida da violência sexual, da ameaça, da violência física e da violência relacional (OLIVEIRA et al., 2011).

Cabe ressaltar também que estudos apontam que a influência potencial de pares reforçam mutuamente conversas e comportamentos agressivos (Capaldi et al., 2001) e fomentam atitudes conservadoras e estereótipos de gênero que legitimam a violência (ADELMAN; KIL, 2007). Os adolescentes pesquisados se encontram imersos em realidades familiares e à relações de pares habituadas à violência e comportamentos antissociais, e ainda submetidos à maus tratos os quais podem vulnerabilizá-los à relações íntimas violentas. A literatura relaciona à esta problemática alguns fatores de risco, de acordo com experiências prévias de vitimização e exposição à violência, tais como: ter pais que são violentos um com o outro, ser vítima de maus-tratos pelos cuidadores, ter amigos engajados em relações violentas e aceitação e justificação da violência como algo possível e natural entre os parceiros (CAPALDI et al., 2001).

Uma pesquisa nacional realizada trouxe evidências a cerca destes fatos, ou seja, sobre os fatores de risco associados à influência dos pares sobre processos de agressão no namoro em adolescentes desafiados e de rua. Em uma amostra de 43 adolescentes de rua, de 13 a 17 anos de idade, buscou-se saber se testemunhar abuso de pares com relação ao parceiro no namoro pode aumentar o efeito da vitimização sobre a agressão, considerando que a literatura aponta a vitimização no namoro como fator preceptor da agressão no namoro para esses adolescentes de rua. Os autores se interessaram pelo envolvimento dos pares nesse processo de agressão no namoro, tendo em vista que na maior parte do tempo os jovens estão com seus pares nas ruas. Ademais, estudos prévios revelaram que cerca de 80% deles já presenciaram em suas comunidades violência perpetrada por parceiro

íntimo, 49% já testemunharam essa realidade na família e 46% já estiveram expostos a tais situações no seu grupo de pares (ANTÔNIO; KOLLER; HOKODA, 2012).

De Kinsfogel e Grych (2004) e Simon e Furman (2010) destacam a importância dos processos sociocognitivos para melhor compreensão das ligações entre a agressão na família e nas relações de intimidade dos adolescentes, com destaque para a socialização de gênero. Kinsfogel e Grych (2004) concluem que meninos que testemunharam maiores níveis de conflito interparental agressivo eram mais prováveis de perceber a agressão em uma relação de namoro como justificável, predizendo comportamentos hostis e abusivos em relação a parceiros de namoro. Entre as meninas, por sua vez, não foi encontrada correlação entre sua exposição ao conflito interparental a suas crenças sobre agressão. Simon e Furman (2010) informam que entre os meninos que fizeram avaliações negativas de conflito interparental, este previu um maior engajamento em conflitos e em agressões físicas. Em contraste, o conflito interparental foi associado com menor engajamento em conflitos e mais inícios de mudanças positivas entre as meninas.

Segundo esses autores (KINSFOGEL; GRYCH, 2004; SIMON; FURMAN, 2010), uma possível explicação para esses diferentes efeitos em meninos e meninas residiria nas diferenças de gênero construídas no processo de socialização, as quais orientariam as meninas para os relacionamentos e os meninos para um foco mais individual. Sugere-se, portanto, que meninas que testemunham conflitos parentais podem ser mais sensíveis ao potencial do conflito em causar danos ao relacionamento, enquanto os meninos poderiam se concentrar mais na funcionalidade da agressão em alcançar a dominância. Assim, os meninos que testemunham altos níveis de conflito podem interpretar a agressão como uma forma de alcançar objetivos em um relacionamento, enquanto as meninas podem perceber a agressão como algo que é prejudicial para os relacionamentos (KINSFOGEL; GRYCH, 2004). Simon e Furman (2010) destacam a tendência das meninas participantes do estudo em evitar conflitos no namoro, ou mesmo amenizá-los, dentre aquelas que avaliaram negativamente o conflito interparental.

O presente estudo mostra que as meninas tendem a perpetrar mais violência psicológica no namoro que os meninos, a despeito da violência psicológica que vivenciam em outros contextos. Tal resultado é consistente com outras pesquisas em que as meninas relatam praticarem mais violência psicológica do que os

meninos (FRIEZE, 2005; SEARS et al., 2006; FERNANDÉZ-FUERTE; FUERTES, 2010; SCHIFF; ZEIRA, 2005; SEARS; BYERS; PRICE, 2007). A percepção de que a violência psicológica é algo mais comum entre as mulheres é mostrada por Sears et al. (2006) e Oliveira et al. (2011), revelando mais uma vez a expressão das normas de gênero tradicionais em que meninas são encorajadas a falar sobre seus sentimentos e a expressar sua raiva verbalmente, algo interdito socialmente aos meninos, a quem restaria a expressão física da raiva e outros sentimentos negativos diante de um conflito. Além do que os adolescentes geralmente têm dificuldades de perceber a agressão no namoro como algo prejudicial ao relacionamento e, não raro, tendem a reconhecer comportamentos controladores e ciumentos como sinal de amor (ARRIAGA; FOSHEE, 2004; O'KEEFE, 2005).

Neste estudo também observa-se que, na violência sexual, o sexo feminino aparece com maior percentual de ser perpetrador. Em um estudo semelhante, foi encontrado que ambos os sexos relataram altas taxas de ser tocado sexualmente, quando eles não querem (SCHIFF; ZEIRA, 2005). As meninas relataram menores taxas de abuso sexual perpetrado especialmente em relação ao forçar seu parceiro a ter sexo (1,9% das meninas contra 12,2% dos meninos). A adolescência é uma idade de exploração, durante a qual a maioria dos adolescentes começa a namorar e a explorar sua sexualidade, para muitos adolescentes, no entanto, as primeiras experiências românticas envolvem coerção sexual (YOUNG, 2012).

Krug et al. (2002) revela que tanto a agressão física quanto a sexual cometida pelas parceiras é tolerável entre os meninos, pois geralmente é categorizada como de menor potencial ofensivo. Por isso, demonstra-se que os adolescentes de ambos os sexos normalmente aceitam o uso da violência física e sexual das meninas mais que dos meninos. Estes fatos coadunam com os resultados da maior perpetração de violência física e sexual pelas adolescentes investigadas.

Entretanto, estudos também indicam que as mulheres são as que mais procuram os hospitais necessitando de cuidados emergenciais por lesões e traumas. Cabe ressaltar a real desvantagem das mulheres em relação aos homens na vitimização por agressões entre parceiros íntimos, pois, entre elas, há três vezes mais chances de serem feridas, cinco vezes mais chances de receberem assistência médica em função de danos físicos provocados por parceiros íntimos, e cinco vezes mais medo de morrer (HAUTZINGER, 2007). Dentre estas graves consequências da violência nas relações afetivas íntimas, também se observam efeitos

relacionados ao abuso de álcool e drogas, tabagismo, transtornos alimentares, comportamentos sexuais de risco, redução do bem-estar emocional e da autoestima, estresse, depressão e suicídio (ACKARD; EISENBERG; NEUMARK-SZTAINER, 2007; BANYARD; CROSS, 2008).

O presente estudo permitiu detectar a associação do consumo abusivo e dependente de drogas psicoativas com a perpetração de violência nas relações afetivas íntimas. Os dados demonstraram que o consumo de uma ou mais drogas psicoativas se associam à violência emocional e física principalmente, e à violência sexual. As drogas psicoativas mais utilizadas pelos adolescentes, parecem desencadear comportamentos que levam à violência nas relações. Ferreira (2005), Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) e Walker (2009) afirmam que o uso de drogas psicoativas aumenta probabilidade do ofensor se enveredar em atitudes intimidatórias e de controle, que provocam aumento da tensão e discussões as quais podem evoluir para o ato violento.

Dessa forma, o consumo de drogas psicoativas compõe um papel importante nos casos de violência nas relações afetivas íntimas destes adolescentes. A literatura descreve que os ataques de violência e agressividade em um considerável número de casos correspondem a um mecanismo de liberação provocados por uma embriaguez alcoólica ou abuso de drogas psicoativas. Nesse sentido, a droga agiria nos mecanismos cerebrais facilitando condutas impulsivas, que incluem agressões verbais e maus tratos (GARCÍA, 2002).

A compreensão da violência no namoro entre adolescentes torna-se crítica ao considerar que os hábitos violentos no decorrer dessa fase da vida podem servir de base para a violência entre parceiros íntimos adultos. Esta questão se agrava ainda mais ao se levar em conta que ambos, homens e mulheres, podem ser tanto vítimas quanto perpetradores da violência na relação de namoro. Pesquisas anteriores mostraram claramente que a violência no namoro tem consequências negativas para a saúde física e emocional dos adolescentes e é um fator de risco para a violência em relacionamentos adulto (ACKWARD; EISENBERG; NEUMARK-SZTAINER, 2007).

Essa dinâmica em que, muitas vezes, há uma mistura de amor e violência, ainda nessa fase da vida, significa prevenir futuras violências entre os parceiros na fase adulta, quando são estabelecidos padrões de relacionamento aprendidos anteriormente e com possíveis graves consequências para o casal e os filhos

(Barreira et al., 2014). Mais estudos são necessários para determinar se esses resultados são semelhantes ou diferentes para os adolescentes em acolhimento institucional e em situação de rua. Este estudo também é limitado pelo fato de que não foi examinado a gravidade ou danos efetuados a partir dos incidentes da violência no namoro.

4 CONCLUSÃO

A violência nas relações de intimidade se trata de uma experiência comum entre os adolescentes em acolhimento institucional. Este tipo de violência, na atualidade, pode ser reconhecida como uma problemática de dimensões preocupantes, não somente em nível individual, mas em toda a esfera social, especialmente se somada ao consumo de substâncias psicoativas. O estudo desenvolvido dentro desta perspectiva permitiu apontar que a conjuntura social e pessoal envolvida no consumo abusivo e dependente de álcool e drogas psicoativas de adolescentes acolhidos favorecem a comportamentos e situações que aumentam a probabilidade de violência nas relações.

A realidade dos adolescentes acolhidos traz a luz a vulnerabilidade na qual estão imersos diante do desgaste dos laços familiares e sociais. Soma-se ainda a situação de acolhimento que envolve a distância do lar e do convívio familiar, além de necessidade de readaptação e reinserção social diante também dos estigmas lhes atribuídos socialmente. A exclusão social se legitima pela violência estrutural, comumente e principalmente perpetrada ao perfil destes jovens que, em maioria, são do sexo masculino, negros, pobres e usuário de drogas.

Este perfil não só traz a luz as assimetrias de gênero entre o sexo masculino e feminino marcante neste público, mas também constata as imagens estigmatizadas, o discurso socializador corregedor, as violações de direitos implicadas na defasagem escolar, no trabalho infantil, envolvimento no crime, prostituição e mendicância. Toda esta realidade intensifica a vulnerabilidade a que estes adolescentes estão expostos uma vez que pode intensificar outros fatores de risco.

Cada vez mais imersos na exclusão, estes jovens ficam ainda mais expostos à evasão escolar, discriminação sexual e a comportamentos de risco e antissociais relacionados à práticas infracionais, violência e consumo de drogas atrelados ao relacionamento de pares que lhes confere o senso de identidade social o que pode marginalizar ainda maior destes adolescentes. Imersos na complexidade de contextos pessoais, sociais e familiares violentos, de comportamentos de risco, estes jovens se engendram em comportamentos agressivos e no uso de álcool e outras drogas, os quais fazem parte da identidade de alguns grupos e perpassam diversos fatores como o fácil acesso às drogas, a falta de sistemas de proteção,

violência intrafamiliar, fragilidades no vínculo familiar, ausência de limites, medos, fascínio e medos.

Nesse sentido, o consumo de drogas se insere no contexto da violência que permeia o meio social e a vida destes adolescentes. Constata-se, em meio ao convívio com o consumo de álcool e outras drogas para maioria dos adolescentes, a violência contra parceiro íntimo nas famílias, além do histórico de abuso sexual e psicológico no ambiente intrafamiliar. Concomitantemente, o processo de aprendizagem social através da família e relações de pares inserido no uso de drogas traz a luz os altos índices do consumo de substâncias principalmente o uso abusivo e dependente do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha e inalantes consonantes aos contextos de valores, atitudes, normas e concepções nos quais estes adolescentes se inserem e ao significado por eles atribuído ao uso.

O padrão de consumo dependente ou abusivo de substâncias intensifica a problemática da socialização destes adolescentes, já imersos nos estigmas sociais e na exclusão. Além de intensificar também a vulnerabilidade para situações de violência, principalmente nas relações afetivas íntimas. Isto envolve, para estes jovens, uso de violência relacional, sexual e física que ocorre de maneira simétrica mas principalmente pelas adolescentes femininas uma vez legitimado pelas diferenças de gênero nos processos de socialização. Sob o uso abusivo de substâncias psicoativas, os adolescentes desencadeiam comportamentos que levam a violência nas relações.

Levando em consideração essa dinâmica que envolve relações afetivas, violência e o uso dependente de álcool e outras drogas significa prevenir futuros danos na esfera biopsicossocial, reduzir condições que favorecem a situação de acolhimento, a vulnerabilidade à violência e à saúde, aumentar tanto o comportamento de ajuda no sentido de buscar apoio na reinserção social, reabilitação do uso abusivo de álcool e outras drogas, quanto o auxílio nesses contextos. O fomento de medidas de prevenção a violência, ao uso de álcool e outras drogas e promoção da saúde se faz importante nos sistemas de atenção à saúde para o desenvolvimento de relações saudáveis.

O presente estudo apresenta dados referentes a uma população que ainda necessita de maiores investigações. Entendemos que esta pesquisa tem limitações, particularmente no que diz respeito a ser um estudo seccional, o qual impede o estabelecimento de nexos causais apresentando somente um retrato instantâneo do

fenômeno. Cabe também se pensar na necessidade de se realizar futuras análises quanto à vitimização e as diferenças quanto ao sexo, bem como tratar os dados de modo multivariado, o que permitirá investigar os possíveis fatores de confusão e testar a possibilidade de modificação de efeito.

Face a estas evidências se faz fundamental o desenvolvimento de novos estudos que possibilitem expandir a compreensão desta problemática, sugerindo alguns desafios para a investigação futura nesta área. Assim, em relação à prevalência do fenômeno, pode-se destacar a necessidade de garantir a possibilidade de generalização dos dados à população de adolescentes em acolhimento no Brasil, com uma distribuição mais equitativa dos participantes entre as diferentes regiões.

Nos serviços de atenção à saúde, nos diferentes níveis de atenção, propõe-se protocolos e instrumentos de rastreamento específicos em conjunto com o treinamento continuado de profissionais de saúde, não apenas para vítimas de violência, mas também para os adolescentes em uso abusivo e dependente de álcool e de outras drogas. Propõe-se que a intervenção ocorra de maneira adaptada às características e às necessidades dos adolescentes em acolhimento.

As unidades de acolhimento devem buscar o apoio tanto de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, quanto atenção primária e de autoridades locais nas esferas de saúde e de justiça, quanto de organizações não governamentais na tentativa de efetuar mudanças nas normas socioculturais que permitam a intervenção precoce para violências e para o abuso e dependência de álcool e outras drogas. A equipe de Enfermagem, por sua vez, tem um papel importante no que se refere à necessidade de acompanhamento e encaminhamento do adolescente à rede de cuidados que serão prestados a ela. O ingresso no abrigo é responsabilidade do serviço social, mas o controle da atenção à saúde e a revisão dos procedimentos realizados ficam a cargo dos profissionais de Enfermagem.

Desse modo, torna-se importante que haja uma reorganização das ações de enfermagem mais contextualizadas à situação de vida-saúde desse público, que possa tratar, por meio de um olhar ampliado, todas as necessidades desses acolhidos. O enfermeiro deve priorizar o auxílio na capacitação dos cuidadores que constituem referências dos adolescente, a proteção integral do adolescente promovendo a autonomia e autocuidado e prevenindo a violência e uso/abuso de álcool e outras drogas através de ações educativas e planejar os cuidados de

enfermagem pautados nesses princípios. Urge também a necessidade da utilização de protocolos de atendimento às vítimas de violência e a instrumentalização dos profissionais a partir de características específicas do mundo infanto-juvenil com vistas à integralidade. A vivência do enfermeiro neste cenário deve ser de embasamento científico e valorizar o fenômeno da violência e uso e abuso de álcool e outras drogas, por isso há a importância da inserção das universidades neste cenário através de projetos de extensão e pesquisa, para capacitação de profissionais no sentido de ampliar a compreensão destes fenômenos. Além disso, há também a necessidade de uma abordagem multiprofissional para os profissionais inseridos neste cenário.

A escola por sua vez desempenha um papel primordial no desenvolvimento dos jovens, na promoção de múltiplas aprendizagens, na formação das primeiras relações de intimidade, mas também na disseminação de condutas violentas. Isto traz a luz que tanto a escola quanto a unidade de acolhimento se tratam de espaços privilegiados de ação junto a estes adolescentes e, indiretamente, junto de diversos elementos da comunidade, tornando os esforços preventivos mais abrangentes e articulados.

A busca pela inserção social dos jovens em suas famílias, missão das unidades de acolhimento, também devem ser estimuladas. Contudo, caberia um acompanhamento das condições dos contextos familiares. É possível pensar que as unidades de atenção básica, assim como os Conselhos Tutelares e outras instituições de apoio à esses adolescentes seriam fundamentais no processo de minimização e prevenção de violências e na prevenção e redução do uso de drogas.

Considera-se também importante perceber os jovens não como meros alvos de intervenção passivos, mas como potenciais agentes ativos de mudança, capazes de interiorizar nova informação e desconstruir mitos, de adquirir competências e utilizá-las adequadamente, e de refletir sobre os efeitos benéficos ou prejudiciais dos seus comportamentos, tomando assim decisões responsáveis com repercussões em todo o seu mundo relacional. Pode-se portanto supor que programas de prevenção à violência nas relações afetivas íntimas e de controle do acesso, consumo abusivo e dependente de álcool e outras drogas possa integrar políticas públicas para adolescentes em acolhimento institucional.

REFERÊNCIAS

- ABDELGALIL, S. et al. Household and family characteristics of street children in Aracaju, Brazil. **Archives Disabilities of Children**, v. 89, p. 817-20. 2004.
- ACKARD, D. M.; EISENBERG, M. E.; NEUMARK-SZTAINER, D. Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth. **Journal of Pediatrics**, v.151, n.5, p.476-81, 2007.
- ADELMAN, M.; KIL, S. H. Dating conflicts: rethinking dating violence and youth conflict. **Violence Against Women**, v. 13, n.12, p.1296-1318, 2007.
- ALDRIGHI, T. Prevalência e cronicidade da violência física no namoro entre jovens universitários do Estado de São Paulo – Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.6, p.105-120, 2004.
- ALMEIDA FILHO, A. J. et al . O adolescente e as drogas: conseqüências para a saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 605-10, dez. 2007.
- AMAR, A.F. Dating violence: comparing victims who are also perpetrators with victims who are not. **Journal Forensic Nursing**, v.3, n.1, p.35-41, 2007.
- AMARAL, A.C.G.; SALDANHA, A.A.W. Parâmetros psicométricos do Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool para adolescentes. **Psicologia USF**, v. 14, n. 2, p. 167-176, maio/ago. 2009.
- ANTÔNIO, T., KOLLER, S. H.; HOKODA, A. Peer influences on the dating aggression process among Brazilian street youth: a brief report. **Journal of Interpersonal Violence**, v.27, n.8, p.1579-1592, 2012.
- ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Personal characteristics, social support and social behavior. In: BINSTOCK, R. H. ;SHANAS, E. **Handbook of aging and the Social Sciences**. New York: Van Nostrand Reinhold, p. 94-128, 1985.
- ARAÚJO, E. D. da S.; COSTA, A. J. dos S.; BLANK, N. Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento humano**, São Paulo , v. 19, n. 2, ago. 2009.
- ARENDRT, Hannah. Sobre a violência. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- ARPINI, D.M.; GONÇALVES, C.S. Drogas e álcool na relação com a violência: o olhar de adolescentes em situação de rua. **Psico**, Santa Maria, v. 42, n. 4, out/dez, 2011.
- ARRIAGA, X. B.; FOSHEE, V. A. Adolescent dating violence: do adolescents follow in their friends', or their parents', footsteps? **Journal of Interpersonal Violence**, v. 19, n.2, p.162-184, 2004.

ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. **Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GULASSA, M.L.C.R. et al. **Sistema de informação sobre a criança e adolescente no abrigo**: Associação dos Pesquisadores de Núcleos De Estudos e Pesquisas Sobre a Criança e o Adolescente. Disponível em <www.neca.org.br/siabrigos/abrigos.pdf>.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 225-33, 2003.

AYRES, J. C. R. M. et. al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da saúde**: Conceitos, reflexões e tendências, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AZÔR, A. M. G. C. C. V.; VECTORE, C. Abrigar/desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo. **Estudos de Psicologia**, v.25, n.1, p.77-89, 2008.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

BANYARD, V. L.; CROSS, C. Consequences of teen dating violence: Understanding intervening variables in ecological context. **Violence Against Women**, v. 14, n.9, p.998-1013, 2008.

BARREIRA, A. et al. Direcionalidade da violência física e psicológica no namoro entre adolescentes do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v,17, n.1, p;217-228, 2013.

BARREIRA, A.K.; LIMA, M.L.C.; AVANCI, J. Q. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife, Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciencia saude coletiva**, jan. 2013.

BARREIROS, Edleide Xavier. **História oral de Homens que praticaram violência sexual infanto-juvenil**. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

BARROSO, Z. **Violência nas relações amorosas**: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto. Lisboa: Edições Colibri, 2007.

BASILE, K. C. et al. The association between self-reported lifetime history of forced sexual intercourse and recent health-risk behaviors: Findings from the 2003 national youth risk behavior survey. **Journal of Adolescent Health**, v. 39, n.5,p. 752, 2006.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista escola enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, Mar. 2010.

BESERRA, M.A. **Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

BIANCHI, F. T. et al. Racial Identity and self-esteem among black Brazilian men: Race matters in Brazil too! **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v.8, n.2, p. 157-169, 2002.

BOCK, A. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, jan./jun. 2007.

BORGES, I. K.; MEDEIROS, M. Representações sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas na cidade de Goiânia. **DST Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, p.43-9, 2004.

BOTVIN, G.J. Substance abuse prevention research: recent developments and future directions. **Journal of School Health**, v.56, n.9, p.369-374, 1986.

BOURGUIGNON, D. et al. Perceived group and personal discrimination: Differential effects on personal self-esteem. **European Journal of Social Psychology**, v.36, p.773-789, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988, 140p.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema de Políticas Públicas sobre Drogas- Sisnad; prescreve medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago. 2006a.

BRASIL. Lei nº 12.961, de 04 de abril de 2014. Altera a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a destruição de drogas apreendidas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 abr. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990b

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990c.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. **Manual de Atenção à Saúde do adolescente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 384, de 05 de julho de 2005. Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, 22 de fevereiro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev. 2006b. seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Saúde e Prevenção nas Escolas: álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Sumário Executivo. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2008.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

BRONFENBRENNER, U. **Making human beings human**: Bioecological perspectives on human development. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: Experimentos naturais e planejados (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artemed, 2002. (Original publicado em 1979)

BROOK, J.S. et al. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. **Genetic, Social, and General Psychology Monographs** ,v.116, n.2, p.111-267, 1990.

BUZY. W.M. et al. Adolescent girls' alcohol use as a risk factor for relationship violence.**Journal of Research on Adolescence**, v. 14, n. 4, p. 449-70, 2004.

CABRAL, C. M. T.; FRANCISCHINI, R.; CID, L. V. Acolhimento institucional e desenvolvimento moral: a generosidade em crianças de quatro a seis anos de idade em situação de abrigo. In: FRANCISCHINI, R.; MICHON, T.I; FERREIRA, O. (Org.). **Crianças e adolescentes**: percursos teórico-metodológicos de investigação em múltiplos contextos de desenvolvimento. Natal: Editora da UFRN, 2012.

CAMPOS, C.G.A.P. et al. Vulnerability to HIV in adolescents: a retrospective study at a counselling and testing center. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n.2, p. 315-19, 2014.

CANO, A., et al. Dating violence in two high school samples: Discriminating variables. **Journal of Primary Prevention**, v.18, p.431-446, 2000.

CAPALDI, D. M. et al. Aggression toward female partners by at-risk young men: The contribution of male adolescent friendships. **Developmental Psychology**, v.37, n.1, p.61-73, 2001.

CARIDADE, S. Violência nas relações de intimidade: comportamentos e atitudes dos jovens. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2008.

CARIDADE, S. **Vivências íntimas violentas**. Uma abordagem científica. Coimbra: Almedina, 2011.

CARIDADE, S.; MACHADO, C. Violência na intimidade juvenil: da vitimação à perpetração. **Análise Psicológica**, n.1, p. 485-493, 2006.

CARINHANHA, J. I. **Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua: bases para o cuidado de enfermagem pela cidadania**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

CARINHANHA, J. I.; PENNA, L. H. G. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 68-76, mar. 2012.

CARINHANHA, J. I.; PENNA, L. H. G.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais sobre famílias em situação e vulnerabilidade: uma revisão de literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 565-70, jul./ago. 2014.

CARLINI, E.A et. al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Rev IMESC.**, São Paulo, v. 3, p. 9-35, 2001.

CARLINI, E.A et. al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC.**, São Paulo, v. 3, p. 9-35, 2010.

CARLINI, E.A, et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) UNIFESP, 2006.

CARANZA, D. V. V.; PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, p.836-844, 2005.

CASTEL, R. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTRO, Ricardo José de Souza Castro. **Violência no namoro entre adolescentes da cidade do Recife**: Em busca de sentidos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

CENTRO LATINO AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. **Gênero e diversidade na escola**: Formação de professores em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). **Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas**. Relatório de 1 de agosto de 2017. Brasília: CSJ, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (Brasil) Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

CORNELIUS, T. L., RESSEGUIE, N. Primary and secondary prevention programs for dating violence: a review of the literature. **Aggression and Violent Behavior**, v.12, p.364-375, 2007.

CORRÊA, C. S.; SOUZA, S. J. Violência e vulnerabilidades: os jovens e as notícias de jornal. **Fractal, Revista Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 461-486, Dec. 2011.

CORREIA, João et al . As relações entre pares de adolescentes socialmente retraídos. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 32, n. 4, p. 467-479, dez. 2014 .

COSTA, A.P.M. Populacao em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Textos & Contextos**, v. 4, n. 1, 2005.

CRAUSS, R. M. G.; ABAID, J. L. W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínic.**, São Leopoldo , v. 5, n. 1, jul. 2012.

CRISTÓVÃO, C. M. **Quanto mais me bates, mais gosto de ti: um estudo exploratório sobre a violência no namoro**. 2012. 152p. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) - ISPA, Instituto Universitário, 2012.

CROCKER, J.; MAJOR, B. Social stigma and self-esteem: The self protective properties of stigma. **Psychological Review**, v.96, p. 608-630, 1989.

CROCKER, J.; QUINN, D. M. Social stigma and the self: Meanings, situations, and self-esteem. In: Heatherton, T. F.; Kleck, R.E. **The social psychology of stigma**. New York: Guilford Press, 2000.

DAY, Vivian Peres et al . Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista psiquiatria Rio Grande do Sul**, Porto Alegre , v. 25, supl. 1, p. 9-21, Apr. 2003 .

DINIZ, G.; POMDAAG, M. Explorando significados do silêncio e do segredo nos contextos de violência doméstica. In: Bucher-Maluschke, J. et al. **Direitos humanos e violência: Desafios da ciência e da prática**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004 .

DUARTE, A. P., LIMA, M. L. Prevalência da violência física e psicológica nas relações de namoro de jovens estudantes portugueses. **Psychologica**, v.43, p. 105-124, 2006.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P (Org.). **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: SENAD/IME-USP, 2009.

EISENSTEIN, E. Desenvolvimento da sexualidade da geração digital. **Adolescência e Saude**. v. 10, n. 1, p. 61-71, 2013.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ERCOSIM, S.M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p 235-41, 2014.

ERIKSON, E.H.. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. **Pesquisa investiga formas de violência entre casais de adolescentes**, 2009. Acesso em 30 de agosto, 2017. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=16022>> .

FALEIROS, V. P. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. In: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas sociais: planejamento e análise**. Brasília: IPEA - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2005.

FERGUSSON, D.M. ; HORWOOD, L.J. Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 40, n.4, p.581-592, 1999.

FERNÁNDEZ-FUERTES, A.A.; FUERTES, A. Physical and psychological aggression in dating relationships of spanish adolescents: motives and consequence. **Child Abuse Neglect**, v. 34, n.3, p.183-191, 2010.

FERREIRA, M. **Da Intervenção do Estudo na Questão da Violência Conjugal em Portugal**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

FERRIANI, M. G. C.; SANTOS, G. V. B. Adolescência: Puberdade e Nutrição. **Revista Adolescer**, 2011. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap3.2.html>>. Acesso em: 10 fevereiro 2018.

FONSECA, R.M.G.S.; GUEDES, R. N. Violência Doméstica: um olhar de gênero. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 63., 2011, Goiânia. [**Anais...**]Goiânia: SBPC, 2011.

FRANGELLA, S.M. Fragmentos de corpo e gênero entre meninos e meninas de rua. **Cadernos Pagu**, v. 14, p. 201-34, 2000.

FREUD, S. O Mal-estar na cultura e na civilização. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 21, p. 81-178.

FRIEZE, I. Female violence against intimate partners: an introduction. **Hanson Psychology of Women Quarterly** , v. 29, n.3, p.229-237, 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Global pelas Crianças Fora da Escola**. Brasília: UNICEF, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação da Infância 2015: Resumo Executivo**. Nova York: UNICEF, 2014.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **O poder de 1,8 bilhão: adolescentes, jovens e a transformação do futuro**. Nova York: UNFA, 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **A Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989**. Nova York: UNICEF, 2004.

- GALLO, A.E.; WILLIAMS, L. C. A. Adolescentes em conflito com a lei: Uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.7, n.1, p. 81–95, 2005.
- GARCÍA, M.P. Patología familiar y violencia doméstica. **Adicciones**, v.4(supl 1), p. 221- 38, 2002.
- GARMEZY, N. Stress-resistant children: the research for protective factors. In: STEVENSON, J.E. (Org.). **Aspects of Current Child Psychiatry Research**. Oxford: Pergamon, 1985.
- GOFFMAN, Erving. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes, 2005.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-63, abr./jun. 2005.
- GONÇALVES, A. M.; LUIS, M. A. V.; SENA, R. R. Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.7, n.1, p. 14-20, 2003.
- GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: Significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas, **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, p. 469-472, 2008.
- GREGORI, M. F.; SILVA, Cátia A.P. **Meninos de rua e instituições**: tramas, disputas e desmanche. São Paulo: Contexto, 2000.
- GUARESCHI, N. M. F. et al. Discussões sobre violência: Trabalhando a produção de sentidos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, p.122-130, 2006.
- HAUTZINGER, S.J. **Violence in the city of women**: police and batterers in Bahia, Brazil. Oakland: University of California Press, 2007.
- HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F. ;MILLER, J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin** , v.112, n.1, p.64-105, 1992.
- HAYATI, D; KARAMI, E.; SLEE, B. **Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty**. Social Indicators Research, v.75, p.361-394, springer, 2006.
- HAYNIE, D. et al. Dating violence perpetration and victimization among US adolescents: Prevalence, patterns, and associations with health complaints and substance use. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, n.2, p.194-201, 2013.
- HENRIQUE, I..F..S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST) 2.0. **Revista Associação Med Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

- HETTRICH, E. L.; O' LEARY, K. D. Females' Reasons for Their Physical Aggression in Dating Relationships. **Journal of Interpersonal Violence**, v.22, p.1131-1143, 2007.
- HOCHMAN, Bernardo et al . Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo , v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005 .
- HOFFMANN, J.P.; CERBONE, F.G. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: na event history analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v.66, p. 255-264, 2002.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: questionário da pesquisa. Rio de Janeiro: IBGE. 2011.
- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- JACKSON, S. M. Issues in the dating violence research: a review of the literature. **Agression and violent behaviour**, v.4 , n.2, p. 233-247, 1999.
- JESSOR, R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. **Journal of Adolescent Health** , v.12, p.597-605, 1991.
- JUSTO, J. S. O "ficar" na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, Rio de Janeiro,v.17, n. 1, p. 61-77, 2005.
- KAISER, D.E.; SILVA, J. O. Oficina de Fansize com adolescentes usuários de drogas: uma visão da enfermagem. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 9, n. 1, p.161-66, 2010.
- KANDEL, D.B.; KESSLER, R.C.; MARGULIES, R.Z. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 7, n.1, p.13-40, 1978.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007, 9. ed.
- KINSFOGEL, K.M.; GRYCH, J.H. Interparental conflict and adolescent dating relationships: Integrating cognitive, emotional, and peer influences. **Journal Family Psychology**, v.18, n.3, p.505-515,2004.
- KODJO, C.M. ; KLEIN, J.D. Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. **The Pediatric Clinics of North America**, v.49, p.257-268, 2002.
- KRUG, E.G. et al. **Relatório Mundial sobre Saúde e Violência**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LAPA, A. T. **Violência nas relações de namoro de adolescentes em situação de acolhimento institucional: um olhar da enfermagem**. 2015. 89p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

LEITÃO, M.N.C. et al. **Prevenir a violência no namoro: n(amor)o (im)perfeito: fazer diferente para fazer a diferença**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Série Monográfica nº 5.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 70-5, abr./jun. 2010.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 70-5, abr./jun. 2010.

LUCENA, T. A.; NOBREGA, S.M. O "menino de rua" entre o sombrio e a aberrância da exclusão social. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 161-172, set;/dez. 2004.

MACHADO, C. **Violências e Vitimização** - entrevista 50 minutos. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas, 2010.

MALTA, D. C. et al. Iniciação sexual de homens adolescentes. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 147- 56, 2011.

MANITA, C.; RIBEIRO, C. ; PEIXOTO, C. **Violência Doméstica: Compreender para intervir** (guia de boas práticas para profissionais de instituições de apoio à vítima). Comissão para a cidadania e igualdade de género. Presidência do Conselho de Ministros, 2009.

MARQUES, Cecília de Castro e; CZERMAK, Rejane. O olhar da psicologia no abrigo: uma cartografia. **Psicologia Sociedade**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 360-366, 2008 .

MARX, B. P.; VICTORIA, V. W.; GROSS, A. M. Date rape risk factors: A review and methodological critique of the literature. **Aggression and Violent Behavior**, v.1, p.27- 45, 1996.

MATOS, M. et al. Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. **Psicologia: Teoria e Prática**, v,8, n.1, p.55-75. 2006.

MATOS, M.; FÉRES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens de camadas populares cariocas. **Interação em Psicologia**, v.9, n.1, p. 21-33, 2005.

MATOS, M.; FÉRES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens de camadas populares cariocas. **Interação em Psicologia**, v.9, n.1, p. 21-33, 2005.

MATOS, Margarida et al. **Violência, bullying e delinquência**, gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa: Coisas de Ler, 2009.

MAY, C. W. **In the name of love: violence and aggression in courtship among young adults in Hong Kong, 2002.** Recuperado em 23 de março, 2017, do <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/30747/1/FullText.pdf?accept=1>.

MEDEIROS, K. T. et al . Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em estudo**, Maringá , v. 18, n. 2, p. 269-279, jun. 2013.

MEDEIROS, R.A.; STRAUS, M.A. Risk factors for physical violence between dating partners: Implications for gender-inclusive prevention and treatment of family violence. In: HAMEL, J.C.; NICHOLLS, T. **Family approaches to domestic violence: a practioner's guide to genderinclusive research and treatment**, 2006.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Nos homens, a violência de gênero. In: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. **Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas.** Brasília, 2003. cap. 4., p. 21-26.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia.** 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009, c.28, p. 515-524.

MELLO, S. G.; SILVA, E. R. A. Quem cuida? O quadro de recursos humanos nos abrigos. In SILVA, E.R.A.. (Org.), **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil.** Brasília: IPEA, 2013.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Rev Brasileira Psiquiatria**, v.26, p. 7-10. 2004. Supl. 1. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/2083/S1516-44462004000500003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Aceso em: 10 fevereiro 2018.

MÉNDEZ, R. G. ; HERNÁNDEZ, J. D. S. **Violencia en parejas jóvenes: análisis y prevención.** Madrid: Pirámide, 2001.

MICHAUD, Yves. A violência. Tradução L. Garcia. São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G; NJAINE, K (organizadores). **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 236 p.

MONTEIRO, S.S.; VARGAS, E. P; REBELLO, S.M. Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo. **Educação Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 83, p. 659-78, ago. 2003.

MOREIRA, K.C.A. **Discurso de adolescentes em situação de rua: da ruptura familiar à exclusão.** 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística)- Instituto de Letras, Universidade Nacional de Brasília, 2007.

NAPPO, S. A. et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS.** São Paulo: CLR Balieiro, 2004.

NASCIMENTO, F. S.; CORDEIRO, R. L. M. Violência no namoro para jovens moradores de Recife. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p.516-525, 2011.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; CUNHA, Fabiana Lopes da; VICENTE, Laila Maria Domith. A desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 7, n. 14, dez. 2007 .

NASCIMENTO, Ohana Cunha do et al . Adaptação transcultural do inventário Parcours Amoureux des Jeunes – PAJ de origem canadense para o contexto brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 11, p. 3417-3426, Nov. 2015 .

NEVES, D.P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Caderno Saúde Pública**, v.20, n.1,p. 7-14, 2004.

NOGUEIRA, E.J.; OLIVEIRA, M.A. Adolescente em situação de rua: relatos de amizades na escola. **Série-Estudos**, Campo Grande, n. 19, p. 193-207, jan./jun. 2005

NOGUEIRA, Eliete Jussara. Rede de Relações Sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. 2001, 117f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas

NOTO, A. R. ET AL. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos e jornais publicados em revistas. **Cad Saude Publica**,v.19, n.1, p.69-79, 2003.

NOTO, A.R.; MOREIRA, F.G. Prevenção ao uso indevido de drogas: Conceitos Básicos e sua Aplicação na Realidade Brasileira. In: MOREIRA, F.G. ; SILVEIRA, D. da (org.). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. Atheneu, São Paulo, 2004.

NOTO, A.R. et al. **III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras – 1993**. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia – Escola Paulista de Medicina, 1994.

NUNES, E.L.; ANDRADE, A.G. Adolescentes em situação de rua: Prostituição, Drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 45-54, 2009.

O'KEEFE, M. Factors mediating the link between witnessing interparental violence and dating violence. **Journal of Family Violence**, v.13, p. 39-57. 1998.

O'KEEFE, M. Predictors of dating violence among high school students. **Journal of Interpersonal Violence**, v.12, p.546-568, 1997.

O'LEARY, K. D.; SLEP, A. A dyadic longitudinal model of adolescent dating aggression. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v.32, p.314-327, 2003.

O'LEARY, D.K. WOODIN, E.M.; FRITZ, P.A.T. Can we prevent hitting? Recommendations for preventing intimate partner violence between young adults. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, v.13:, p, 121–178, 2006.

OETTING, E.R.; DONNERMEYER, J.F. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. Part I. **Substance Use & Misuse**, v.33, n.4, p.995-1026,1998.

O'KEEFE, M. **Teen dating violence**: a review of risk factors and prevention efforts. Harrisburg: VAWnet, 2005.

OLIVEIRA, M.S.; SANI, A. I. Comportamentos dos jovens universitários face à violência nas relações amorosas.. In: SILVA, B. D.; ALMEIDA, L. S. **Actas do VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia**. Braga: Centro de Investigação em Educação, 2005.

OLIVEIRA, Q. et al. Violência nas relações afetivo-sexuais. In: Minayo, S.; Assis, S.; Njaine, K. **Amor e violência**: Um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 87-151, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Washington: OMS, 2010.

PAIVA, Carla; FIGUEIREDO, Bárbara. Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. **Psicologia, Saúde & Doenças** [online]. vol.4, n.2, pp.165-184, 2003.

PAIVA, Paula Cristina Pelli et al . Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 11, p. 3427-3435, Nov. 2015 .

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**,v. 19, p.335-343, 2003.

PATTERSON, G.,REID, J.; DISHION, T. **Antisocial boys**. Eugene. Oregon: Castalia Publishing Company, 1992.

PATTON, L.H. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. **Pediatric Clinics of North America**, v.42, n.2, p.283-293, 1995.

PEDROSO, R. S. et al. Expectativas de resultados frente ao uso de álcool, maconha e tabaco. **Revista de Psiquiatria**, v.28, n.2, p.198-206, 2006.

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. Eletrônica Enfermagem** v.12, n.2, p.301-7, 2010.

PINSKY, I.; BESSA, M. A. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto, 2004.

PLANTE, N. et al. Validation of the 'how I think questionnaire' in a population of French-speaking adolescents with externalizing behaviors. **Behavioral Sciences and the Law**, v.30, p.196–210, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 203-211, Jun. 2009 .

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Relações entre uso de álcool e violência entre parceiros íntimos: estudo seccional. **Online brasilian journal nursing**, v. 15, n. 4, p. 617-23, 2016.

RENNER, L.M.; WHITNEY S.,D. Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. **Child Abuse Neglect.**,2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Ministério Público Módulo Criança e Adolescente (MCA). **17 Censo da População InfantoJuvenil Acolhida no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: MCA, 2015.

RIO DE JANEIRO (RJ) Prefeitura. **Município do Rio de Janeiro: divisões administrativas setoriais**. Rio de Janeiro, 2012. 1 mapa: Escala: 1: 10.000.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. São Paulo: Loyola, 2004.

ROBERTS, T. A.; KLEIN, J. D.; FISHER, S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behaviour among adolescents. **Archive Pediatric Adolescent Medicine**, v.157, p.875-81, 2003.

RODRIGUES, A.L. et al. Percepção de preconceito e autoestima entre adolescentes em contexto familiar e em situação de acolhimento institucional. **Psicologia do Desenvolvimento**, v. 14, n. 2, 2014.

ROLLEMBERG, Carla Virginia Vieira et al . Aspectos epidemiológicos e distribuição geográfica da esquistossomose e geo-helminthos, no Estado de Sergipe, de acordo com os dados do Programa de Controle da Esquistossomose. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba , v. 44, n. 1, p. 91-96, 2011.

ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RUBIN, K. H. et al. The best friendships of shy/withdrawn Children: Prevalence, stability and relationship quality. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v34, p.143-157, 2006.

SAAVEDRA, Rosa; MACHADO, Carla. Violência nas relações de namoro entre adolescentes: Avaliação do impacto de um programa de sensibilização e informação em contexto escolar. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 30, n. 1-2, p. 109-130, jan. 2012.

SALTZMAN, L.E. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control/Center for Disease Control and Prevention, 1999.

SAMPAIO FILHO, F.J.L. et al. Percepção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n. 3, p. 508-514, 2010.

SANI, A. I. **As Crianças e a Violência. Narrativas de Crianças Vítimas e Testemunhas de Crimes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

SANTOS, K.B.; MURTA, S.G. Influência dos Pares e Educação por Pares na Prevenção à Violência no Namoro. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 787-800, 2016.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

SAUNDERS, D. G. Prediction of wife assault. In: CAMPBELL (Ed.). **Assessing dangerousness**. Violence by sexual offenders, batterers and child abusers. Thousand Oaks: Sage, 1995.

SAWAIA, B. B. (Org.). **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. 2005. Tese (Dourorado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

SCHIFF M, ZEIRA A. Dating aggression and sexual risk behaviours in a sample of at-risk Israeli Youth. **Child Abuse Neglect**, v. 29, n.11, p.1249-1263, 2005.

SCHOR, E.L. Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v.73, n.2, p.335-356, 1996.

SCHROEDER, J.L.; JOHNSON, G.E. Accessing Substance Abuse Prevention Programs for Schools, **Intervention in School and Clinic**, v.44, n.4, p.:234-40, 2009.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1995.

SEARS, H.A.; BYERS, E.S.; PRICE, E.L. The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships. **Journal Adolesc** v.30, n.3, p.487-504, 2007.

SEARS, H.A.et al. If it hurts you, then it is not a joke: adolescents' ideas about girls and boys use of abusive behavior in dating relationships. **Journal Interpersonal Violence**, v.21, n.9, p .1191-1207, 2006.

SHARPE, D.;TAYLOR, J. K. An examination of variables from a socialdevelopmental model to explain physical and psychological dating violence. **Canadian Journal of Behavioural Science**, v.31, p.165-175, 1999.

SILVA, Ariana Kelly Leandra Silva da. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. **Rev. NUFEN**, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 12-25, 2013 .

SILVA, E. S. **Promoção da Saúde do Adolescente na Atenção Básica com ênfase na saúde sexual e reprodutiva**. 2010. 53p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Programa de Pós Graduação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SILVA, N.F.F. **Teoria da Vinculação**. 2014. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2014.

SILVA, P.C. Do Rio ao Asfalto: o território vivido dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação na região metropolitana de Belém. In: Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira, 2012, Recife. **Anais do Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira**. Recife: V JUBRA, 2012.

SILVA, E. R. A.; AQUINO, L. M. C.. Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária. Brasília: IPEA, 2005.

SIMON, V.A.; FURMAN, W. Interparental conflict and adolescents' romantic relationship conflict. **Journal Res Adolescence** , v. 20, n.1, p.188-209, 2010.

SIMONELLI, C. J.et al. Abuse by siblings and subsequent experiences of violence within the dating relationships. **Journal of Interpersonal Violence**, v.17, p.103-121, 2002.

SITTA et al. A contribuição de Estudos Transversair na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, 2010.

SOARES, J. S. F.;LOPES, M. J. M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1121-1130, 2013.

STRAUS, M. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. **Violence Against Women**, v.10, n.7, p.790-811, 2004.

STRECHT, P. **Crescer Vazio**: Repercussões Psíquicas do Abandono, Negligência e Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim, 2002.

SUGARMAN, D.B.; HOTALING, G. T. Dating violence: a review of contextual and risk factors. In: LEVY, B. **Dating violence**: Young women in danger. Seattle: Seal Press, 1991.

SWADI, H. Individual risk factors for adolescent substance use. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 55, p.209-224, 1999.

TAQUETTE, S. R. Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro: incidência e diferenças de raça/cor na vulnerabilidade às DST/Aids. **Adolesc. Saúde**, v. 8, n. 3, p. 18-26, 2011.

TAQUETTE, S.R. et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/Aids. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1437-1444, 2003.

TRAD, S. A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos – e seus reflexos nas políticas locais. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Programa de Doctorat d'Antropologia de la Medicina. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2010. Tese de Doutorado dirigida por Dr. Josep Oriol Romaní y Alfonso.

UNESCO. **Global Education Monitoring Report Summary 2017/8: accountability in education; meeting our commitments**. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2017.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 1, p. 56-69, Apr. 2004 .

VERONESE, J. R. P. **Os direitos da criança e do adolescente**. São Paulo: LTr, 1999, p. 11.

VIEIRA, L.B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 67, n. 3, mai-jun. 2014.

WAGNER, Márcia Fortes et al . O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 2, p. 255-273, ago. 2010 .

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015**. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

WALKER, L. The Battered Woman Syndrome. New York, Springer Publishing Company, 2009.

WALLACE Jr ,J.M. The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. **Pediatrics**, v.103, p.1122-1127, 1999.

WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97 (9): 1183-1194.

WOLFE, D. A. et al. Development and validation of the conflict in adolescent dating relationships inventory. **Psychological Assessment**, v. 13, p. 277-93, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Atlas on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders**, WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud**. Ginebra, 2013, 51p.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios das Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. 208 f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YOUNG, B.J. Changes in Adolescents' Risk Factors Following Peer Sexual Coercion: Evidence for a Feedback Loop. **Revista Psychopathol** [on line], mai. 2012.

ZALUAR, A. **A guerra privatizada da juventude**. Folha de S. Paulo, 18/5/1997.

ZEITOUNE, R. C. G. et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery**, v.1, n.16, p.57- 63; jan-mar. 2012.

APÊNDICE A - Formulário Multidimensional

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

Número: _____ Data: ____/____/____ Hora de início:

Entrevistador: _____ Unidade de

Acolhimento: _____

DIMENSÃO I – ENQUETE SOBRE O PERCURSO AMOROSO DE JOVENS
--

INFORMAÇÕES GERAIS

1. QUAL O SEU SEXO?

(1) MASCULINO (2) FEMININO

2. QUAL SUA IDADE?

3. QUAL A COR DA SUA PELE?

(1) BRANCA

(2) PARDA

(3) PRETA

(4) AMARELA (ASIÁTICO E
INDÍGENA)

4. EM QUAL NÍVEL DE ESTUDOS
VOCÊ ESTÁ?

(1) FUNDAMENTAL I (1ª A 5ª SÉRIE)

(2) FUNDAMENTAL II (6ª A 9ª SÉRIE)

(3) ENSINO MÉDIO (SECUNDÁRIO/2º
GRAU)

(4) CURSO TÉCNICO

PROFISSIONALIZANTE

6. SUA MÃE ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE?

(1) ANALFABETO

(2) CURSOU DA 1ª A 4ª SÉRIE

(3) CURSOU DA 5ª A 8ª SÉRIE

(4) ENSINO MÉDIO COMPLETO

(5) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

(6) CURSO TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE

(7) SUPERIOR (UNIVERSIDADE) INCOMPLETO

(8) SUPERIOR (UNIVERSIDADE) COMPLETO

(9) NÃO SABE INFORMAR

(99) NÃO CONHECI (ENTREVISTADOR:

PULAR QUESTÃO Nº 8)

7. SEU PAI ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE?

(1) ANALFABETO

(2) CURSOU APENAS 1ª A 4ª SÉRIE

(3) CURSOU APENAS DA 5ª A 8ª SÉRIE

(4) ENSINO MÉDIO COMPLETO

(5) NÃO COMPLETOU O ENSINO MÉDIO

(6) CURSO TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE

(7) SUPERIOR (UNIVERSIDADE) INCOMPLETO

(5) CPA (SÉRIES DO ENSINO MÉDIO CONDENSADAS)

(6) EJA (EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS)

(7) PRÉ- VESTIBULAR

(8) UNIVERSITÁRIO. QUAL O CURSO/ UNIVERSIDADE?

(9) OUTRO (ESPECIFICAR)

5. NO MOMENTO ANTERIOR AO ACOLHIMENTO, QUEM ERA SEU RESPONSÁVEL?

(1) SEUS PAIS, NA MESMA CASA (PAIS BIOLÓGICOS OU ADOTIVOS).

(2) SEUS PAIS, SEPARADAMENTE (OS PAIS DIVIDEM A GUARDA);

(3) SUA MÃE

(4) SEU PAI

(5) UM MEMBRO DA FAMÍLIA. QUAL? _____

(6) O NAMORADO OU A NAMORADA (COMPANHEIRO)

(7) OUTRO (ESPECIFICAR)

9. COM RELAÇÃO A PESSOA DO SEXO MASCULINO QUE TE CRIOU: (VOCÊ PODE ESCOLHER MAIS DE UMA RESPOSTA)

(1) TRABALHA

(2) ESTUDA

(3) DESEMPREGADO

(4) TRABALHO INFORMAL (FAZ BICOS)

(5) FALECEU

(8) SUPERIOR (UNIVERSIDADE) COMPLETO

(9) NÃO SABE INFORMAR

(99) NÃO CONHECI (ENTREVISTADOR: PULAR QUESTÃO Nº 9)

8. COM RELAÇÃO A PESSOA DO SEXO FEMININO QUE TE CRIOU: (VOCÊ PODE ESCOLHER MAIS DE UMA RESPOSTA)

(1) TRABALHA

(2) ESTUDA

(3) DESEMPREGADA

(4) TRABALHO INFORMAL (FAZ BICOS)

(5) FALECEU

(6) APOSENTADA

(7) RECEBE BENEFÍCIO SOCIAL (BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA SALÁRIO DESEMPREGO...)

(8) NÃO SABE INFORMAR

12.1 QUAL A CIDADE QUE VOCÊ MORAVA ANTES DO ACOLHIMENTO?

12.2 QUAL O BAIRRO QUE VOCÊ MORAVA?

(6) APOSENTADO

(7) RECEBE BENEFÍCIO SOCIAL (BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, SALÁRIO DESEMPREGO...)

(8) NÃO SABE INFORMAR/
NÃO TEM

10. QUAL DESTAS RELIGIÕES VOCÊ FREQUENTA?

(1) CATÓLICA

(2) EVANGÉLICA

(3) ESPÍRITA

(4) CANDOMBLÉ

(5) UMBANDA

(6) ATEU (NÃO ACREDITA EM DEUS)

(7) OUTRA

(ESPECIFICAR) _____

(8) NENHUMA

11. QUAL A FREQUÊNCIA QUE VOCÊ PARTICIPA DE ATIVIDADES RELIGIOSAS?

(1) MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA

(2) UMA VEZ POR SEMANA

(3) UMA VEZ POR MÊS

(4) APENAS QUANDO TEM FESTIVIDADES (NATAL, PÁSCOA, CASAMENTO, BATIZADO, ETC..)

(0) NÃO PARTICIPA

13. VOCÊ PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE CULTURAL, ESPORTIVA, DANÇA, MÚSICA?

(1) SIM

(0) NÃO

14. DE MODO GERAL, VOCÊ DIRIA QUE SEU DESEMPENHO ESTUDANTIL (AVALIAÇÕES, NOTAS, BOLETINS, TRABALHOS APRESENTADOS, ETC.) PODE SER CONSIDERADO:

(1) MUITO BOM

(2) BOM

(3) NA MÉDIA

(4) FRACO

(5) MUITO FRACO

RELAÇÕES AFETIVAS E AMOROSAS

15. Quantos dos seus bons amigos ou boas amigas...

	Um (a)	Algum/ Algumas	A maioria	Todos/ Todas	Nenhuma	Não sei/ não sabe informar
15.a. Abandonaram os estudos?	1	2	3	4	0	99
15.b. Fumaram cigarro?	1	2	3	4	0	99
15.c. Utilizam ou utilizaram bebida alcoólica?	1	2	3	4	0	99
15.d. Fumaram maconha?	1	2	3	4	0	99
15.e. Usam crack?	1	2	3	4	0	99
15.f. Usaram cocaína	1	2	3	4	0	99
15.g. Usaram outras drogas? (lança perfume, anabolizantes, êxtase)	1	2	3	4	0	99
15.h. Desrespeitaram a lei do trânsito?	1	2	3	4	0	99
15.i. Provocaram acidentes?	1	2	3	4	0	99
15.j. Praticaram vandalismo?	1	2	3	4	0	99
15.k. Já foram agredidos pelo (a) namorado(a) ou companheiro (a)?	1	2	3	4	0	99
15.L. Já foram ou são forçados a serem apalpadados ou terem relações sexuais sem o seu consentimento pelo (a) namorado (a) ou companheiro (a)?	1	2	3	4	0	99

DIFÍCEIS EXPERIÊNCIAS

16. Para as próximas questões, indique se a situação aconteceu com você, e em caso afirmativo, quem era a pessoa envolvida. NO CURSO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, aproximadamente quantas vezes...

	Sim	Não
16.a. ...alguém lhe fez se sentir excluído ou deixado de lado?	1	0
16.b.alguém lhe assediou moralmente (fuxicos, intimidação, ameaças, etc) por via eletrônica (Facebook, Myspace, MSN, e-mails, etc.)?	1	0
16.c.alguém lhe assediou moralmente (fuxicos, intimidação, ameaças,etc) na escola ou fora dela (exceto por via eletrônica)?	1	0
16.d.....você foi tratado (a) de forma injusta por causa de sua orientação sexual?	1	0
16.e.você foi alvo de comentários, piadas, ou gestos de conotação sexual (alguém assobiou, imitou sexo oral ou fez outros gestos obscenos)?	1	0
16.f.uma outra pessoa, que não o seu namorado, lhe apalpou, apertou ou se esfregou em você de maneira sexual(sem o seu consentimento)?	1	0

ENTREVISTADOR: Se está entrevistando UM RAPAÇ, pergunte:

17. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você foi tratado de forma injusta porque lhe consideravam que era pouco masculino? (1) Sim (0) Não (2) Não sabe dizer (99) Não é rapaz

ENTREVISTADOR: Se está entrevistando UMA GAROTA, pergunte:

18. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você foi tratada de forma injusta porque lhe consideravam que era pouco feminina? (1) Sim (0) Não (2) Não sabe dizer (99) Não é garota

19. Você já pensou SERIAMENTE em tentar se suicidar?

(1) Sim (0) Não (ENTREVISTADOR: Caso não, pule para a pergunta 22)

20. Você já tentou se suicidar? (1) Sim (0) Não

21. Quantas vezes você tentou se suicidar? (1) Um vez (2) Mais de uma vez

22. Diga-me se as situações que vou falar agora lhe aconteceram no decorrer da vida.

	Sim	Não
22.a. Você já foi envolvido (a) em um sério acidente de carro no qual você ficou ferido?	1	0
22.b. Você já vivenciou o divórcio ou a separação dos seus pais?	1	0
22.d. Você já vivenciou a morte ou doença grave de um parente próximo?	1	0
22.e. Você já testemunhou violência contra alguém, inclusive algum membro da família?	1	0
22.f. Você já foi agredido fisicamente por um membro da família?	1	0
VOCÊ JÁ FOI ACARICIADO(A) SEXUALMENTE SEM SEU CONSENTIMENTO, OU FOI OBRIGADO(A) OU CONSTRANGIDO (A) POR MANIPULAÇÃO, CHANTAGEM OU UTILIZAÇÃO DA FORÇA FÍSICA PARA SER TOCADO/ ACARICIADO SEXUALMENTE POR ...		
22.g. ...um membro próximo da família (pai/ padrasto, mãe/ madrasta, irmão (a)?)	1	0
22.h ... Parentes (tios (a), avô e avó)?	1	0
22.i. ...um profissional do abrigo?	1	0
22.j. ... professor	1	0
22.k. ...vizinho ou pessoas da comunidade	1	0
22.L.uma outra pessoa de fora da família que você conhecia (fora seu namorado(a) - amigos da família	1	0
22.m. ...um(a) desconhecido(a)?	1	0
COM EXCEÇÃO DAS CARÍCIAS SEXUAIS MENCIONADAS ACIMA, VOCÊ JÁ FOI CONSTRANGIDO OU OBRIGADO POR MANIPULAÇÃO, CHANTAGEM OU USO DA FORÇA PARA TER UMA		

RELAÇÃO SEXUAL COM PENETRAÇÃO (ORAL, VAGINAL, ANAL), COM ...		
22.n. ...um membro próximo da família (pai/ padrasto, mãe/ madrasta, irmão (a))	1	0
22.o... Parentes (tios (a), avô e avó)*	1	0
22.p. ...um profissional do abrigo?	1	0
22.q. ... professor	1	0
22.r. ...vizinho ou pessoas da comunidade	1	0
22.s. uma outra pessoa de fora da família que você conhecia (fora seu namorado ou sua garota?)- amigos da família	1	0
22.t. ... um(a) desconhecido(a)?	1	0

23. Pense no que você viveu de mais difícil como o acontecimento desta lista e responda às próximas perguntas sobre suas reações a respeito deste acontecimento.

ENTREVISTADOR: AS RESPOSTAS SEGUINTE SE REFEREM À TABELA ANTERIOR

	Sim	Não
23.a.Você fica abalado, triste ou nervoso quando alguma coisa lhe faz lembrar o que aconteceu	1	0
23.b. Você tem pensamentos e imagens perturbadoras do que aconteceu e lhe vem à mente mesmo contra sua vontade	1	0
23.c. Sente-se mal humorado e fica enraivado(a) facilmente	1	0
23.d. Você tenta não falar, não pensar e não sentir nada em relação ao que aconteceu	1	0
23.e. Você tem dificuldades em dormir e acorda constantemente durante a noite.	1	0
23.f. Você tem dificuldades em se concentrar e em prestar atenção.	1	0
23.g. Você tenta ficar distante de pessoas, lugares ou coisas que lhe lembram o que aconteceu	1	0
23.h. Você tem pesadelos, inclusive sonhos que lhe lembram o que aconteceu	1	0
23.i. Você se sente sozinho(a) e distante das outras pessoas.	1	0

COMPORTAMENTOS SEXUAIS

24. Com quantas pessoas você saiu como namorado (a), parceiro(a) ou ficante no último ano (12 meses)? _____

25. As pessoas são diferentes em sua forma de se sentirem atraídas pelos outros. Qual destas descrições representa melhor os seus sentimentos? Sexualmente, VOCÊ SE SENTE ATRAÍDO POR...

- (1) ...ninguém
- (2) SOMENTE por pessoas do mesmo sexo que você
- (3) PRINCIPALMENTE por pessoas do mesmo sexo que você
- (4) pelos dois sexos
- (5) PRINCIPALMENTE por pessoas de outro sexo
- (6) SOMENTE por pessoas de outro sexo
- (7) você não sabe, não está bem seguro(a)e/ ou se questiona sobre o assunto

26. Você já teve relações sexuais?

- (1) Sim (0) Não (ENTREVISTADOR: Se nunca teve relações sexuais, pule para a questão 37)

27. Até agora, quando você teve contatos sexuais que você consentiu, carícias sexuais ou penetração oral, vaginal ou anal...

- (1) ...foi sempre com garotos
- (2) ...foi sempre com garotas
- (3) ...foi mais frequentemente com garotos
- (4) ...foi mais frequentemente com garotas
- (5) ...era tanto com garotos quanto com garotas

28. Qual idade você tinha quando aconteceu, pela primeira vez, relação sexual com seu consentimento com penetração oral, vaginal ou anal? _____ anos.

29. Com quantas pessoas, durante sua vida, você teve relações sexuais com seu consentimento com penetração (oral, vaginal, anal)? Escreva um número exato (exemplo 2). Número de parceiro (a)s sexuais: _____

30. Até agora, quantas vezes você utilizou camisinha/ preservativo durante as relações sexuais com seu consentimento com penetração oral, vaginal, anal?

- (1) Nenhuma vez
- (2) Às vezes
- (3) Aproximadamente na metade das vezes
- (4) Na maioria das vezes
- (5) Todas as vezes
- (0) Você jamais teve relação sexual com penetração (**ENTREVISTADOR: Se não teve contatos sexuais nos últimos 12 meses, passe para a questão 32)**)

31. Você já engravidou ou já deixou uma garota grávida?

- (1) Sim
- (0) Não

32. No curso de sua vida, você recebeu algum dinheiro, droga, bebida alcoólica, presentes, um lugar para dormir ou outra coisa, em troca de um contato sexual (carícias, penetração oral, vaginal ou anal) com qualquer outra pessoa que não seu/sua namorado(a)?

- (1) Sim
- (0) Não (**ENTREVISTADOR: Passe à pergunta 35).**)

33. Quem estava envolvido?

- (1) Um(a) jovem com até 18 anos
- (2) Um(a) ou mais adultos (acima de 18 anos).
- (3) Tanto jovens quanto adultos

34. Este acontecimento foi...

- (1) ...sempre com garotos (homens)
- (2) ...sempre com garotas (mulheres)
- (3) ...quase sempre com garotos (homens)
- (4) ...quase sempre com garotas (mulheres)
- (5) ...tanto com garotos (homens) quanto com garotas (mulheres)

FAMÍLIA

ENTREVISTADOR leia: As próximas questões dizem respeito a seu pai e sua mãe.

Por “pai” ou “mãe” quer dizer: pai ou mãe biológico, adotivos, ou qualquer outro que desempenhe esse papel junto a você (exemplo: madrasta, padrasto, avós, tio, tia, pessoas

35. Para cada uma das afirmações que vou dizer, indique a sua situação nos últimos 12 meses.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre	Não tenho Contato
35.a. Sua mãe está disponível quando você precisa dela	0	1	2	3	4	99
35.b. Seu pai está disponível quando você precisa dele	0	1	2	3	4	99
35.c. Sua mãe se preocupa com você	0	1	2	3	4	99
35.d. Seu pai se preocupa com você	0	1	2	3	4	99
35.e. Você pode contar com sua mãe para resolver seus problemas	0	1	2	3	4	99
35.f. Você pode contar com seu pai para resolver seus problemas	0	1	2	3	4	99
35.g. Sua mãe lhe diz coisas ofensivas ou humilhantes	0	1	2	3	4	99
35.h. Seu pai lhe diz coisas ofensivas ou humilhantes	0	1	2	3	4	99

36. Durante sua vida, diga-me se você viu seu pai e sua mãe fazerem as seguintes coisas:

	I Durante sua vida viu seu pai fazer isso com sua mãe				II Durante sua vida, viu sua mãe fazer isso com seu pai		
	Sim	Nã o	Não sei		Si m	N ão	Não sei
36.I.a. Insultar, xingar, gritar, injuriar	1	0	99	36.I I.a	1	0	99
36.I.b. Ameaçar de bater, destruir um objeto do outro	1	0	99	36.I I.b	1	0	99
36.I.c. Puxar, empurrar, esbofetear, torcer o braço, lançar um objeto capaz de ferir	1	0	99	36.I I.c	1	0	99
36.I.d. Ameaçar com faca ou arma, dar um murro ou pontapé, empurrar brutalmente contra a parede	1	0	99	36.I I.d	1	0	99

37. Pensando em sua mãe e/ou em seu pai, diga-me como eles agiram com você durante os últimos 12 meses. Seus pais ...

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre	Não tenho Contato/Moro há menos de um ano c/ eles
37.a. ...dizem a que horas você deve voltar quando sai	0	1	2	3	4	99
37.b. ...gostam de saber onde você vai e com quem anda	0	1	2	3	4	99
37.c. ...pedem para deixar um aviso ou telefonar para lhes informar onde você vai	0	1	2	3	4	99
37.d. ...dizem como encontrá-los quando não estão em casa	0	1	2	3	4	99

38. Durante sua vida, diga-me se você viu seu pai e sua mãe fazerem as seguintes coisas:	I Durante sua vida viu seu pai		II Durante sua vida, viu sua mãe
---	--	--	--

	Sim	Não	Não sei/ Não tenho contato		Sim	Não	Não sei/ Não tenho contato
38.I.a. Fumar cigarro	1	0	99	38.II.a.	1	0	99
38.I.b. Ingerir bebidas alcóolicas	1	0	99	38.II.b	1	0	99
38.I.c. Usar drogas	1	0	99	38.II.c.	1	0	99
38.I.d. Agredir outro(s) familiar(es)	1	0	99	38.II.d	1	0	99
38.I.e.Ser agredido(a) por outro(s) familiar(es)	1	0	99	38.II.e	1	0	99

DIMENSÃO II – AVALIAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

ENTREVISTADOR, leia: Agora eu gostaria de saber algumas coisas que você faz quando sai para balada, se encontra com os amigos. Enfim, o que você já usou ou usa destas substâncias.

Você pode perguntar o significado de alguma palavra ou substância que não conheça ou não lembre. As substâncias que iremos falar a partir de agora são:

a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. **bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)

c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderate, MDMA)

f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)

i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

Só para lembrar, agora eu gostaria de saber algumas coisas que você faz quando sai para balada, se encontra com os amigos. Enfim, o que você já usou ou usa destas substâncias.

39. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você usa/usou? (Somente uso não prescrito pelo médico)

	NÃO	SIM
39.a. derivados do tabaco	0	3
39.b. bebidas alcoólicas	0	3
39.c. maconha	0	3
39.d. cocaína, crack	0	3
39.e. anfetaminas ou êxtase	0	3
39.f. inalantes	0	3
39.g. hipnóticos/sedativos	0	3
39.h. alucinógenos	0	3
39.i. opióides	0	3
39.j. outras, especificar	0	3

ENTREVISTADOR: SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola? • Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista • Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

40. Durante os três últimos	Nunca	1 ou	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
-----------------------------	-------	------	-------------	--------------	-------------

meses, com que frequência você utiliza/utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)		2 vezes			ou quase todos os dias
40.a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
40.b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
40.c. maconha	0	2	3	4	6
40.d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
40.e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
40.f. inalantes	0	2	3	4	6
40.g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
40.h. alucinógenos	0	2	3	4	6
40.i. opióides	0	2	3	4	6
40.j. outras, especificar	0	2	3	4	6

ENTREVISTADOR: Se "NUNCA" em todos os itens da questão 40 pule para a questão 44, com outras respostas continue com as demais questões

41. Durante os três últimos meses, com que frequência você tem/teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc))	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
41.a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
41.b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
41.c. maconha	0	3	4	5	6
41.d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
41.e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
41.f. inalantes	0	3	4	5	6
41.g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
41.h. alucinógenos	0	3	4	5	6
41.i. opióides	0	3	4	5	6

41.j. outras, especificar	0	3	4	5	6
---------------------------	---	---	---	---	---

42. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resulta/resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
42.a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
42.b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
42.c. maconha	0	4	5	6	7
42.d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
42.e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
42.f. inalantes	0	4	5	6	7
42.g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
42.h. alucinógenos	0	4	5	6	7
42.i. opióides	0	4	5	6	7
42.j. outras, especificar	0	4	5	6	7

43. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixa/deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
43.a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
43.b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
43.c. maconha	0	5	6	7	8
43.d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
43.e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
43.f. inalantes	0	5	6	7	8
43.g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8

43.h. alucinógenos	0	5	6	7	8
43.i.opioides	0	5	6	7	8
43.j. outras, especificar	0	5	6	7	8

ENTREVISTADOR: FAÇA as questões 44 e 45 para todas as substâncias mencionadas na questão 39.

44. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)	Não, nunca	Sim, nos últimos três meses	Sim, mas não nos últimos três meses
44.a. derivados do tabaco	0	6	3
44.b. bebidas alcoólicas	0	6	3
44.c. maconha	0	6	3
44.d. cocaína, crack	0	6	3
44.e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
44.f. inalantes	0	6	3
44.g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
44.h. alucinógenos	0	6	3
44.i.opioides	0	6	3
44.j. outras, especificar	0	6	3

45. Alguma vez você tenta/tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	Não, nunca	Sim, nos últimos três meses	Sim, mas não nos últimos três meses
49.a. derivados do tabaco	0	6	3
45.b. bebidas alcoólicas	0	6	3
45.c. maconha	0	6	3
45.d. cocaína, crack	0	6	3
45.e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
45.f. inalantes	0	6	3
45.g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
45.h. alucinógenos	0	6	3
45.i.opioides	0	6	3
45.j. outras, especificar	0	6	3

46. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	Não, nunca	Sim, nos últimos três meses	Sim, mas não nos últimos três meses
	0	1	2

**DIMENSÃO III – INVENTÁRIO DE CONFLITOS NOS
RELACIONAMENTOS DE NAMORO ENTRE
ADOLESCENTES - (CADRI)**

ENTREVISTADOR leia: As próximas questões perguntam sobre coisas que podem ter acontecido durante uma briga entre você e a pessoa com quem você “fica” ou namora. Vou falar uma lista de situações e você me diz se essas situações ocorreram entre você e a pessoa com quem você “fica” ou namora atualmente ou “ficou”/namorou.

	Sim	Não
47.a Você justificou os seus argumentos	1	0
47.b Ele/Ela justificou os seus argumentos	1	0
48.a Você o/a tocou sexualmente quando ele/ela não queria	1	0
48.b Ele/Ela te tocou sexualmente quando eu não queria	1	0
49.a Você tentou virar seus amigos contra ele/ela	1	0
49.b Ele/Ela tentou virar seus amigos contra você	1	0
50.a Você fez algo para provocar ciúmes nele/nela	1	0
50.b Ele/Ela fez algo para te fazer ciúmes	1	0
51.a Você destruiu ou ameaçou destruir algo de valor para ele/ela	1	0
51.b Ele/Ela destruiu ou ameaçou destruir algo de valor para mim	1	0
52.a Você disse a ele/ela que você tinha parte da culpa	1	0
52.b Ele/ Ela disse a você que ele/ela tinha parte da culpa	1	0
53.a Você mencionou algo de ruim que ele/ela fez no passado	1	0

53.b Ele/Ela mencionou algo de ruim que eu fiz no passado	1	0
54.a Você jogou algo nele/nela	1	0
54.b Ele/Ela jogou algo em você	1	0
55.a Você disse coisas somente para deixá-lo (a) com raiva	1	0
55.b Ele/Ela disse coisas somente para te deixar com raiva	1	0
56.a Você deu as razões pelas quais você achava que ele/ela estava errado(a).	1	0
56.b. Ele/Ela deu as razões pelas quais ele/ela achava que você estava errada(o).	1	0
57.a. Você concordou que em parte ele/ela estava certo(a)	1	0
57.b. Ele/Ela concordou que em parte você estava certa(o)	1	0
58.a. Você falou com ele/ela em um tom de voz hostil ou maldoso	1	0
58.b. Ele/Ela falou contigo em um tom de voz hostil ou maldoso	1	0
59.a. Você forçou ele(a) a fazer sexo quando ele/ela não queria	1	0
59.b Ele/ela te forçou a fazer sexo quando você não queria	1	0
60.a. Você propôs uma solução que você pensou que faria vocês dois felizes	1	0
60.b. Ele/Ela propôs uma solução que ele/ela pensou que faria você dois felizes	1	0
61.a. Você ameaçou ele/ela numa tentativa de fazer sexo com ele/ela	1	0
61.b. Ele/Ela te ameaçou numa tentativa de fazer sexo contigo	1	0
62.a. Você parou de falar até que vocês se acalmassem	1	0
62.b Ele/Ela parou de falar até que vocês se acalmassem	1	0
63.a Você insultou ele/ela com depreciações	1	0
63.b. Ele/Ela te insultou com depreciações	1	0
64.a. Você discutiu o assunto calmamente	1	0
64.b. Ele/Ela discutiu o assunto calmamente	1	0
65.a Você beijou ele/ela quando ele/ela não queria	1	0

65.b Ele/Ela te beijou quando você não queria que ele/ela o fizesse	1	0
66.a Você disse coisas sobre ele/ela aos seus amigos, para virá-los contra ele/ela	1	0
66.b .Ele/Ela disse coisas sobre você aos seus amigos, para virá-los contra você	1	0
67.a. Você ridicularizou ou caçoou ele/ela na frente dos outros	1	0
67.b Ele/Ela te ridicularizou ou te caçoou na frente dos outros	1	0
68.a Você disse a ele/ela o quanto você estava aborrecida (o)	1	0
68.b. Ele/Ela te disse o quanto ele/ela estava aborrecido (a)	1	0
69.a Você vigiava com quem e onde ele/ela estava	1	0
69.b Ele/Ela vigiava com quem e onde você estava	1	0
70.a Você culpou ele/ela pelo problema	1	0
70.b. Ele/Ela te culpou pelo problema	1	0
71.a Você bateu, chutou ou deu um soco nele(a)	1	0
71.b Ele/Ela te bateu, chutou ou deu um soco	1	0
72.a Você deixou o local para se acalmar	1	0
72.b Ele/Ela deixou o local para se acalmar	1	0
73.a Você cedeu, só para evitar o conflito.	1	0
73.b. Ele/Ela cedeu, só para evitar o conflito.	1	0
74.a Você acusou ele/ela de paquerar outra(o) garota(o)	1	0
74.b Ele/Ela te acusou de paquerar outro(a) garoto(a)	1	0
75..a Você tentou amedrontar ele/ela de propósito	1	0
75.b Ele/Ela tentou te amedrontar de propósito	1	0
76.a Você deu um tapa nele/nela ou puxou o cabelo dele(a).	1	0
76.b Ele/Ela te deu um tapa ou puxou o meu cabelo.	1	0
77.a Você ameaçou machucar ele/ela	1	0
77.b Ele/Ela ameaçou te machucar	1	0
78.a. Você ameaçou terminar o relacionamento	1	0
78.b Ele/Ela ameaçou terminar o relacionamento	1	0

79.a Você ameaçou bater nele (a) ou jogar alguma coisa nele(a)	1	0
79.b Ele/Ela ameaçou bater em você ou jogar alguma coisa em você	1	0
80.a Você empurrou ou sacudiu ele/ela	1	0
80.b Ele/Ela te empurrou ou te sacudiu	1	0
81.a Você espalhou boatos sobre ele/ela	1	0
81.b Ele/Ela espalhou boatos sobre você	1	0

Agradecemos sua participação!

Hora de término:

APÊNDICE B - Termo De Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa chamada “**Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro: perspectiva de gênero e suas interfaces com a saúde e a enfermagem**”. A direção do abrigo permitiu que você participasse.

Queremos estudar a vivência de violência nas relações afetivas íntimas (namoro) dos adolescentes acolhidos, na visão dos adolescentes em situação de acolhimento e dos profissionais da unidade de acolhimento.

Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 12 a 18 anos de idade, estão acolhidos em instituições públicas do município do Rio de Janeiro e já viveram relações afetivas íntimas.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no abrigo, em local apropriado para manter o sigilo e privacidade e os adolescentes serão entrevistados individualmente para responder a um questionário, contendo perguntas sobre a identificação sociodemográfica, sobre o seu percurso amoroso, sobre a vivência de violência no namoro e sobre o enfrentamento das situações de conflito. A entrevista será gravada em áudio por meio digital. A entrevista realizada desta forma é considerada segura, mas algumas perguntas poderão confrontar você com vivências difíceis, podendo causar desconforto, tristeza, angústia. Porém, caso você necessite de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais da unidade de acolhimento institucional em parceria com as pesquisadoras (enfermeiras). Caso esse atendimento não seja suficiente para te ajudar, iremos encaminhar você para unidades de saúde que sejam referência para abrigo onde você está acolhido(a).

Apesar de não haver garantia de benefício com este estudo, o seu conhecimento, as coisas que você pensa e acredita são importantes para entendermos a sua realidade e podermos pensar e realizar uma assistência voltada para o que você realmente precisa.

O seu anonimato será garantido, ou seja, você não poderá ser identificado(a) por outras pessoas da comunidade ou das instituições em que é atendido(a) através dos resultados desta pesquisa quando forem publicados em congressos e revistas científicas.

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

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

O material da entrevista será mantido por 05 anos sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa Dr^a Prof^a Lucia Helena Garcia Penna, do grupo de pesquisa - “Gênero, Violência em Saúde e Enfermagem” vinculada ao Departamento Materno Infantil e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ e depois será destruído.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de baixo deste texto.

=====

CERTIFICADO DE ASSENTIMENTO

Eu

_____ aceito
participar da pesquisa **“Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro: perspectiva de gênero e suas interfaces com a saúde e a enfermagem”**.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) adolescente

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Endereço da Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021)2334-2180.

Telefone para contato da Faculdade de Enfermagem da UERJ: (021) 2587-6335.

Telefone para contato da pesquisadora responsável: (021) 25876353 / 22640853 / 999194872.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional no município do rio de janeiro: perspectiva de gênero e suas interfaces com a saúde e a enfermagem”, coordenada pela Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna do Dep. Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Este estudo tem por objetivo geral investigar a vivência de violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional na perspectiva dos adolescentes acolhidos, bem como de profissionais da unidade de acolhimento.

O(a) adolescente foi selecionado(a) por ter entre 12 e 18 anos, estar em situação de acolhimento institucional e já ter vivido relação afetiva íntima. A participação do(a) adolescente não é obrigatória. A qualquer momento, ele(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A pesquisa será feita no abrigo, em local apropriado para manter o sigilo e privacidade, onde os adolescentes serão entrevistados individualmente para responder a um questionário, contendo perguntas sobre a identificação sociodemográfica, sobre o seu percurso amoroso, sobre a vivência de violência no namoro e sobre o enfrentamento das situações de conflito.

A entrevista será gravada em áudio por meio digital. A entrevista realizada desta forma é considerada segura, mas algumas perguntas poderão confrontar o(a) adolescente com vivências difíceis, podendo causar desconforto, tristeza, angústia. Porém, caso o(a) adolescente necessite de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais da unidade de acolhimento institucional em parceria com as pesquisadoras (enfermeiras). Caso esse atendimento não seja suficiente para ajuda-lo(a), iremos encaminhá-lo(a) para unidades de saúde que sejam referência para abrigo onde ele(a) está acolhido(a).

Apesar de não haver garantia de benefício com este estudo, o conhecimento, as coisas que o(a) adolescente pensa e acredita são importantes para entendermos a

sua realidade e poderemos pensar e realizar uma assistência voltada para o que ele(a) realmente precisa.

O adolescente ou a instituição de acolhimento não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O anonimato do(a) adolescente será garantido, ou seja, ele(a) não poderá ser identificado(a) por outras pessoas da comunidade ou das instituições em que é atendido(a) através dos resultados desta pesquisa quando forem publicados em congressos e revistas científicas.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde que o(a) adolescente acolhido e sob sua responsabilidade possa participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador coordenador da pesquisa. Seguem, ao final do texto, os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre a participação do(a) adolescente nele, agora ou a qualquer momento.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do(a) adolescente na pesquisa, e que concordo com sua participação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) diretor da unidade de acolhimento:

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Endereço da Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021)2334-2180.

Telefone para contato da Faculdade de Enfermagem da UERJ: (021) 2587-6335.

Telefone para contato da pesquisadora responsável: (021) 25876353 / 22640853 / 999194872.

ANEXO - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes escolares

Pesquisador: LUCIA HELENA GARCIA PENNA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59806316.7.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.779.288

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes escolares, ancorado no Projeto Multicêntrico – Brasil, Portugal e Espanha – de título “Violência nas relações de intimidade envolvendo adolescentes à luz de gênero e geração: estudo multicêntrico luso-hispano-brasileiro” que busca investigar a magnitude e as formas de violências em relações afetivas de adolescentes escolares (ensino médio). Para tal, utilizará como método de coleta de dados a observação e a aplicação de um conjunto de instrumentos validados e adaptados transculturalmente para o uso no Brasil, aplicando-se em um conjunto de adolescentes escolares regularmente matriculados em escolas do município de Nova Iguaçu. O tratamento dos dados constará de análises uni e bivariadas, estimando-se as prevalências, os intervalos de confiança a 95% e os respectivos p-valores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a violência nas relações afetivas íntimas e seus fatores associados em adolescentes escolares do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Objetivo Secundário:** 1. Construir um perfil sociodemográfico e socioeconômico da amostra estudada; 2. Estimar e tipificar a ocorrência de violência nas relações afetivas íntimas dos adolescentes; 3. Analisar a vivência e os fatores associados à ocorrência de violência nas relações afetivas íntimas destes adolescentes; 4. Discutir a compreensão e as práticas desenvolvidas pelos educadores em

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 1.779.288

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para outubro de 2017. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Brochura Pesquisa	projetoescola.doc	11/10/2016 12:13:47	Patricia Fernandes Campos de Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEeTALeEscolar.doc	11/10/2016 12:13:19	Patricia Fernandes Campos de Moraes	Aceito
Outros	SecEdu.pdf	11/10/2016 12:08:47	Patricia Fernandes Campos de Moraes	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_733912.pdf	07/09/2016 10:42:11		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	07/09/2016 10:41:44	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.pdf	07/09/2016 10:39:24	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/06/2016 19:34:09	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	InstrumentosDePesquisa.pdf	06/06/2016 19:33:53	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/06/2016 19:33:25	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Página 03 de 04

A pesquisa apresenta:

-Folha de rosto assinada pela Vice-diretora da FENF-UERJ

-Cronograma atualizado

-Financiamento próprio

TCLE para docentes e pais

Termo de assentimento

Anuência da secretaria de educação do município

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.779.288

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Outubro de 2016

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)