

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA
VULNERABILIDADE ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO
DE ENFERMAGEM**

ANA CLAUDIA MATEUS BARRETO

DEZEMBRO / 2008

ANA CLAUDIA MATEUS BARRETO



UFRJ

**A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA VULNERABILIDADE
ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CONTRIBUIÇÕES
PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós - Graduação da Escola de
Enfermagem Anna Nery, Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosângela da Silva Santos

Rio de Janeiro

Dezembro / 2008

Barreto, Ana Cláudia Mateus

A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Contribuições para o cuidado de enfermagem / Ana Claudia Mateus Barreto - Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2008.

viii, 132 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Rosângela da Silva Santos

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-UFRJ/EEAN/ Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, 2008.

Referencias bibliográficas: f. 121-129

1. Adolescente. 2. DST. 3. Vulnerabilidade. 4. Sexualidade. I. Santos, Rosângela da Silva. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós - graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD. 610.73

A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA VULNERABILIDADE ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Ana Cláudia Mateus Barreto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosângela da Silva Santos

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Presidente, Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos

1º examinador, Prof.^a Dra. Helen Campos Ferreira

2º examinador, Prof.^a Dra. Jurema Gouvêia De Souza

Suplente, Prof.^a Dra. Thelma Spindola

Suplente, Prof.^a Dra. Ana Beatriz de Azevedo Queiróz

**Rio de Janeiro
Dezembro/2008**

DEDICATÓRIA

À minha mãe (*in memoriam*) por todo seu amor incondicional.

Aos meus filhos **Marcos Paulo** e **Carlos Eduardo** que tanto me ajudaram compreendendo minha ausência, Valeu! “Consegui”.

Ao meu marido **José Maria** pelo seu estímulo, carinho, companheirismo e renúncia, principalmente, neste período.

OBRIGADA!

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos bons espíritos por me possibilitarem atingir mais esta etapa em minha vida.

A minha família pelo estímulo, respeito e compreensão (principalmente por minha ausência) ao longo deste período.

A minha orientadora Rosângela, por todo aprendizado ao longo deste tempo, por suas demonstrações de amizade, carinho, respeito e confiança.

Aos funcionários da Secretaria do Curso de pós – Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Sônia e Jorge, pela atenção e solicitude dispensadas durante minha trajetória no mestrado.

A amiga Sylvia Cibreiros, por seu incentivo e carinho.

A minha querida “Tia Lúcia” por compartilhar comigo sempre os momentos mais importantes.

A amiga Inês Meneses, por seu estímulo e companheirismo, Obrigada !

As Enfermeiras do H.M.O.N: Ana Lúcia, Célia Vianna, Cristiane Paixão, Danielle Abreu, Maria Angélica e Nilza, por suas demonstrações de carinho e incentivo durante esta trajetória.

A minha Equipe de trabalho do H.M.O.N, Muito Obrigada.

Em especial as adolescentes, participante deste estudo, obrigada por compartilhar comigo, uma parte de suas “Histórias de Vida”. Por me ensinar que, para cuidar é necessário primeiramente saber ouvir.

SUMÁRIO

Resumo	vi
Abstract	vii
Resumen	viii
CAPÍTULO 1	
Objeto do estudo	1
Questões Norteadoras	7
Objetivos	7
CAPÍTULO 2	
Referências Conceituais	
Compreendendo a adolescência	9
A vulnerabilidade das adolescentes às DST	14
Os programas governamentais de assistência à saúde da adolescente	23
CAPÍTULO 3	
Abordagem Metodológica	31
1.1 Cenário do estudo	33
1.2 Sujeito do estudo	34
1.3 Autorização do estudo	40
1.4 Coleta de dados	41
1.5 Análise dos depoimentos	42
CAPÍTULO 4	
Análise dos Relatos	
A adolescente e suas estruturas familiares e sociais	50
A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às DST	74
CAPÍTULO 5	
Considerações Finais	115
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescente	130
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável	131
Termo de Compromisso - Comitê de Ética e Pesquisa SMS/RJ	132

LISTA DE ABREVIATURA

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBES	- Círculo Brasileiro de Educação Sexual
CLAP	- Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DNPS	- Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
HBV	- Hepatitis B Virus
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	- Papilomavírus humano
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUPECSC	- Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Mulher
PCNS	- Parâmetros Curriculares Nacional
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PROSAD	- Programa de Saúde do Adolescente
SMS-RJ	- Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL	- Venereal Disease Research Laboratory

A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA VULNERABILIDADE ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

BARRETO, Ana Cláudia Mateus. **A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para o cuidado de enfermagem.** Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela da Silva Santos

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, cujo método empregado foi a História de Vida. Tem por objeto de estudo a vulnerabilidade da adolescente à doença sexualmente transmissível (DST). Os objetivos são: identificar a condição de vulnerabilidade da adolescente, em atendimento em maternidade pública no Rio de Janeiro; descrever as estratégias adotadas por adolescentes para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; analisar a partir da História de vida de adolescentes sua condição de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis. As referências conceituais versaram sobre: Compreendendo a adolescência; A vulnerabilidade das adolescentes às DST: Os programas governamentais de assistência à saúde da adolescente. O cenário foi uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 12 adolescentes internadas na unidade. A coleta dos depoimentos foi feita por meio da seguinte questão norteadora da entrevista: Fale-me de sua experiência sexual. A partir da análise temática das Histórias de Vida das depoentes foram construídas duas categorias analíticas: 1) A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às DST; 2) A vulnerabilidade social e familiar da adolescente. A partir da realização deste estudo, evidenciou-se que adolescentes que convivem em núcleos familiares não coesos são menos resilientes e, conseqüentemente, mais vulneráveis a contrair uma DST. O estudo evidenciou a importância dos enfermeiros se apropriarem dos conceitos de vulnerabilidade e resiliência para se tornarem aptos a estimular e aumentar a auto-estima das adolescentes, diminuindo, assim, sua vulnerabilidade às DST.

Palavras-Chaves: Adolescência; Enfermagem; História de Vida; Vulnerabilidade; Resiliência; DST.

A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA VULNERABILIDADE ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

THE SEXUALITY OF THE ADOLESCENT AND HER VULNERABILITY TO SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: CONTRIBUTIONS TO THE CARE OF NURSING

This is a search of a qualitative nature, the method employed was the Life Story. The object of study is the vulnerability of adolescent to sexually transmitted disease (STD). The objectives are: to identify the condition of vulnerability of adolescents in care at public hospital in Rio de Janeiro; to describe the strategies adopted by adolescents for prevention of sexually transmitted diseases; to analyze from the Life Story of adolescents their vulnerability to sexually transmitted disease. The references conceptual were about: Understanding the teenage years; The vulnerability of adolescents to STD; The government programs of assistance to the health of adolescents. The scenario was a maternity in Rio de Janeiro. The subjects were 12 adolescents admitted in the unit. The collection of testimonies has been through a question about the interview: Tell me about your sexual experience. From the thematic analysis of the Life Stories of the deponent were built two analytical categories: 1) The sexuality of adolescents and their vulnerability to STD, 2) The social and family vulnerability of the adolescent. Upon completion of this study, it was observed that adolescents to live in family groups, not cohesive, are less resilient and therefore more vulnerable to contract an STD. The study showed the importance of nurses take ownership of the concepts of vulnerability and resilience to become able to stimulate and enhance self-esteem of adolescents, and consequently reduce their vulnerability to STD.

Keywords: Adolescent; Nursing; Life Story; Vulnerability; Resilience; Sexually Transmitted Diseases

LA SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE Y SU VULNERABILIDAD A LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: CONTRIBUCIONES PARA EL CUIDADO DE LA ENFERMERÍA

BARRETO, Ana Cláudia Mateus. **La sexualidad de la adolescente y su vulnerabilidad a las enfermedades sexualmente transmisibles: contribuciones para el cuidado de la enfermería.** Disertación (master en enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2008.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela da Silva Santos

Se trata de una pesquisa de naturaleza cualitativa, cuyo método empleado fue los Relatos de Vida. Tiene por objeto de estudio la vulnerabilidad de la adolescente a la enfermedad sexualmente transmisible (DST). Los objetivos son: identificar la condición de vulnerabilidad de la adolescente, en la atención en maternidad pública en Río de Janeiro; describir las estrategias adoptadas por adolescentes para prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles; analizar a partir de la Historia de vida de adolescentes su condición de vulnerabilidad a las enfermedades sexualmente transmisibles. Las referencias conceptuales versaron sobre: Comprendiendo la adolescencia; La vulnerabilidad de las adolescentes a las DST: Los programas gubernamentales de asistencia a la salud de la adolescente. El escenario fue una maternidad municipal de Río de Janeiro. Los sujetos fueron 12 adolescentes internadas en la unidad. La colecta de las declaraciones fue a través de una cuestión norteadora de la entrevista: Hábleme de su experiencia sexual. A partir del análisis temático de los Relatos de Vida de las entrevistadas fueron construidas dos categorías analíticas: 1) La sexualidad de la adolescente y su vulnerabilidad a las DST; 2) La vulnerabilidad social y familiar de la adolescente. A partir de la realización de este estudio, se evidenció que adolescentes que viven juntos en núcleos familiares no unido son menos resilientes y, consecuentemente, más vulnerables a contraer una DST. El estudio evidenció la importancia de que los enfermeros se apropien de los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia para estar aptos para estimular y aumentar la auto-estima de las adolescentes, reduciendo, así, su vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual.

Palabras-llaves: Adolescencia; Enfermería; Relatos de Vida; Vulnerabilidad; Resiliencia; DST.

Capítulo 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo se insere na Linha de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança (NUPESC) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ. O Trabalho em questão tem como objeto de estudo “a vulnerabilidade da adolescente à Doença Sexualmente Transmissível (DST)”.

A inquietação que deu origem a este estudo emergiu da minha prática profissional como enfermeira em uma maternidade municipal, da cidade do Rio de Janeiro, na qual desenvolvo minhas funções há nove anos. Ao longo desse período observei a alta incidência de filhos de mães adolescentes entre os recém-nascidos tratados para sífilis congênita. Presenciei também casos de adolescentes portadoras de condiloma que em alguns casos, necessitaram que seus filhos nascessem por cesariana devido ao grau de comprometimento do canal de parto. Observei ainda recém-nascidos, filhos de adolescentes ou não, submetidos a tratamento para conjuntivite purulenta.

Segundo as estimativas existentes, nos países em desenvolvimento, a *N. Gonorrhoeae* é responsável por 20-75% dos casos tratados e *C. trachomatis* por 15-35%. Assim, todos os recém nascidos com conjuntivite devem receber tratamento para os dois agentes etiológicos, dada a possibilidade de infecção mista. (WHO, 2005)

Outro fato que me chamou atenção é que, vez por outra, adolescentes são internadas no setor após serem submetidas a curetagem uterina ¹ porque sofreram abortamento espontâneo, o que, segundo (BRASIL, 2005) pode estar associado a uma DST não tratada.

Uma outra inquietação motivou a realização deste estudo: o fato de os dados epidemiológicos existentes serem isolados, já que não existe prevalência das DST e somente a AIDS e a sífilis congênita são de notificação compulsória. Estas inquietações procedem também da minha vivência profissional diária e das conversas informais com as adolescentes internadas e com outros profissionais de saúde que atuam em outras maternidades municipais e/ou estaduais da cidade do Rio de Janeiro. Essas experiências confirmaram empiricamente a mesma situação que ora descrevo.

Durante meu cotidiano assistencial, utilizo um pouco da linguagem própria dos adolescentes, o que só é possível graças ao convívio com meus filhos que também se encontram nesta faixa etária. A estratégia tem a finalidade de garantir acessibilidade às adolescentes e transmitir a elas alguma informação sobre a prevenção das DST.

Para obter êxito na abordagem desta clientela, foi absolutamente necessário despojar-me de alguns preconceitos que introjetamos inadvertidamente em nosso contexto cultural. Sem essa precaução, o diálogo com o universo pesquisado seria muito difícil.

Sabemos que a existência de uma DST aumenta bastante a possibilidade da população sexualmente ativa adquirir o vírus HIV/AIDS.

¹ **CURETAGEM UTERINA** - é um procedimento médico realizado em unidade hospitalar, sob anestesia geral, ou locorregional, que objetiva retirar material placentário ou endometrial da cavidade uterina por um instrumento denominado cureta.

Utilizo aqui o resultado de uma pesquisa realizada em duas grandes maternidades da Cidade do Rio de Janeiro, no período de janeiro 2004 a abril 2005, para fundamentar este trabalho. O objetivo do estudo foi conhecer o perfil de ocorrência de DST referidas por mulheres gestantes atendidas nas duas unidades. Foram obtidos os seguintes resultados: 47,6% referiram ter tido alguma vez na vida corrimento anormal; 5,8% verrugas; 6,4% feridas; 2,0% vesículas nos órgãos genitais. Cabe ressaltar que participaram deste estudo 605 gestante cuja idade variou entre 11- 42 anos, com mediana de 19 anos. Das participantes, 416 (69%) gestantes disseram já ter tido alguma DST no passado. É oportuno destacar que uma das unidades do referido estudo serviu de campo de pesquisa para esta investigação (CROMACK *et al*, 2006).

O Ministério da Saúde tem buscado desenvolver esforços para sensibilizar os gestores de saúde a organizarem ações e serviços de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Essas iniciativas devem atender aos princípios de confidencialidade e de privacidade, levando sempre em consideração as especificidades da adolescência e garantindo o acolhimento, o acesso a ações educativas e métodos contraceptivos para prevenção das DST / HIV /AIDS. (BRASIL, 2005).

Considerando os dados de 1999 foi possível inferir que, a cada ano, ocorriam em todo mundo cerca de 340 milhões de casos novos das quatro DST consideradas curáveis. Dessa estimativa correspondiam ao Brasil 12 milhões de casos. É patente que nesses cálculos não se incluem o grupo das DST de etiologia viral, como o herpes genital (VHS-2), a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), a hepatite B (HBV) e a infecção pelo HIV. Caso houvessem sido incluídos, os números propostos seriam apenas uma pequena parcela do estimado. (BRASIL, 2008. p.11)

As Doenças Sexualmente Transmissíveis encontram-se entre as causas mais comuns de doenças no mundo, sendo responsáveis em muitos países, por sérias conseqüências de ordem sanitária, social e econômica (WHO, 2001).

No Brasil, a incidência de DST / AIDS tem crescido na população em geral, sendo o número de adolescentes contaminados também crescente. (CODES *et al*, 2006). Para Bié *et al* (2006), a prática insegura da atividade sexual é responsável pelo crescente número de casos de DST / AIDS, principalmente, entre os adolescentes. Não existem informações sobre a prevalência das DST entre adolescentes, pois a notificação não é compulsória, à exceção da AIDS. (TAQUETTE *et al*, 2004)

A precocidade nas relações sexuais, a multiplicidade de parceiros e a pouca utilização de preservativos, associada a uma maior liberdade sexual, são alguns dos fatores conhecidos que podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade das adolescentes às DST.

No estudo aqui desenvolvido foi adotado o conceito de vulnerabilidade de Ayres *et al* (2003). O autor a define como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante não só de um conjunto de aspectos individuais, mas de fatores coletivos e contextuais, que acarretam, aos indivíduos, maior suscetibilidade e maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem. A literatura disponível ilustra bem a questão. De acordo com Ayres (1966), esta definição busca determinar uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político – institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais. A vulnerabilidade é articulada em três eixos, a saber: Individual, social e programático.

Na maioria dos países, a lista de agravos de notificação compulsória, elaborada pelas autoridades de saúde, abrange poucas doenças sexualmente transmissíveis e apenas algumas das principais síndromes das DST. (BRASIL, 2008. p.12)

No Brasil, as DST que fazem parte da lista de doenças de notificação compulsória englobam apenas os casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), de gestantes HIV positivas, de crianças expostas ao HIV, de gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita; praticamente inexistem dados de incidência das demais DST em nível nacional. (BRASIL, 2008. p.12)

Internacionalmente, é comum haver algum grau de desconhecimento da situação epidemiológica das DST ou de algumas delas, mesmo nos países mais desenvolvidos, visto que geralmente há certo nível de sub-notificação e/ou de sub-registro. Esse fato é relevante, visto que nem toda a população possui acesso aos serviços públicos, ou que uma proporção considerável dessas doenças se desenvolve de maneira assintomática ou, ainda, devido à ausência de notificação ou notificação incompleta pelos serviços privados onde são atendidas muitas pessoas com DST. (BRASIL, 2008. p.12)

Quanto aos dados epidemiológicos, o Ministério da Saúde apresenta a estimativa de algumas doenças de transmissão sexual da população brasileira sexualmente ativa (BRASIL, 2003).

Tabela 1 - Doenças de transmissão sexual na população brasileira sexualmente ativa.

Doença Sexualmente Transmissível	Estimativas de infecções
Sífilis	937.000
Gonorréia	1.541.800
Clamídia	1.967.200
Herpes Genital	640.900
HPV	685.400

Fonte: PN-DST/AIDS, 2003.

Um estudo comparativo dos níveis e tendências das DST bacterianas – Sífilis, Gonorréia e Clamídia – realizado no decorrer da última década por CODES (*et al*, 2006), em dezesseis países desenvolvidos, evidenciou que a incidência declarada das três doenças é geralmente mais alta entre as mulheres adolescentes do que entre os homens da mesma idade.

Doreto e Vieira (2007. p.2513) acrescentam dados de outra pesquisa, realizada na cidade de São Paulo, para identificar o conhecimento das adolescentes sobre as doenças sexualmente transmissíveis, suas formas de transmissão e a utilização do preservativo. Constatou-se que o público alvo conhecia em média 5 - 6 doenças que podem ser transmitidas pelo contato sexual, sendo a AIDS citada por todas as adolescentes (92,2% de forma espontânea e 7,8% estimulada). Apurou-se, todavia, que muitas meninas ainda desconheciam doenças como a sífilis (35,6%), herpes genital (33,3%) e gonorréia (30%). Apesar de mais de 90% das entrevistadas já terem vida sexual ativa e indicado o uso sistemático do preservativo como a principal forma de evitar uma DST, apenas 33,2% relataram que sempre o utilizam, 25,9% disseram nunca fazer uso e 38,9% referiram usá-lo às vezes. A explicação dada pela maioria das entrevistadas para justificar a não utilização do preservativo foi a de confiar no parceiro ou fazer uso do anticoncepcional oral. O significativo percentual de 65,5% não se considerou em risco de adquirir uma DST, principalmente devido ao fato de ter apenas um parceiro e confiar nele.

Em outra dissertação, Melo (2001) assinalou que das 20 adolescentes pesquisadas, todas conheciam alguma doença transmitida através do contato sexual, tendo sido as mais citadas, em ordem decrescente: a AIDS; a gonorréia e a sífilis. Mais da metade das adolescentes demonstrou pouco conhecimento sobre AIDS e as formas de transmissão da doença. As entrevistadas chegaram a relatar

que a transmissão acontecia por meio de um beijo na boca quando um dos parceiros tem um dente furado. A falta de higiene também foi apontada.

Ficou evidenciado assim, ao longo da pesquisa, o pouco conhecimento das adolescentes a respeito das DST e sua forma de transmissão.

Baseado no exposto as seguintes questões norteadoras foram elaboradas:

- Como a adolescente se previne das Doenças Sexualmente Transmissíveis?
- Qual a vulnerabilidade da adolescente às Doenças Sexualmente Transmissíveis?

Os seguintes objetivos foram elaborados:

- Identificar a condição de vulnerabilidade que a adolescente atendida em maternidade pública no Rio de Janeiro tem diante das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.
- Descrever as estratégias adotadas por adolescente para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Analisar a partir da História de vida de adolescentes sua condição de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A relevância deste estudo está pautada nas altas incidências mundiais das DST, principalmente em adolescentes, apesar de só existirem estudos isolados acerca da prevalência das DST.

A partir da realização deste estudo, evidenciamos que a vulnerabilidade das adolescentes às DST é algo muito mais complexo do que simplesmente a utilização do preservativo, pois a este hábito estão atreladas questões de ordem sociais, culturais e individuais. A realização desta pesquisa, no entanto, nos possibilitou conhecer um pouco mais de nossa clientela adolescente. É com base nesse conhecimento, acumulado a partir das Histórias de vida narradas, que iremos

adequar e melhorar o cuidado prestado a essa clientela, respeitando seu contexto social e cultural.

Para a Enfermagem, a contribuição deste estudo está centrada no aprimoramento da qualidade da assistência prestada às mulheres, especialmente no que diz respeito às adolescentes, sua vida sexual e reprodutiva, para que elas mesmas possam exercer sua autonomia de decisão na vida reprodutiva de forma consciente. Desde o exercício de sua sexualidade, até o melhor momento para engravidar e, principalmente, auxiliá-las no aprimoramento e desenvolvimento de sua auto-estima. O objetivo deste trabalho é tornar nossas adolescentes menos vulneráveis às DST a partir do exercício de uma prevenção consciente.

Esperamos que a finalização deste estudo possa contribuir para a educação na saúde da adolescente, propondo novos modelos assistenciais que contemplem um novo olhar em relação à Saúde Sexual e Reprodutiva das adolescentes.

Este estudo fornecerá subsídios para o aprofundamento de debates e reflexões críticas tanto na graduação, quanto na pós-graduação lato e sensu strictu na área da Saúde da criança e do adolescente.

Capítulo 2

REFERENCIAS CONCEITUAIS

COMPREENDENDO A ADOLESCÊNCIA.

Alinhavamos neste capítulo, uma série de citações de autores que se debruçaram sobre a questão da adolescência. Suas considerações falam por si e clarificam aquela que vem a ser a fase mais complexa da existência humana.

O conceito de adolescência apresenta-se, na literatura, sob uma grande diversidade e com múltiplos e variados enfoques, caracterizando-se ainda como uma noção historicamente determinada. Deste modo, a adolescência faz referência a um período de tempo no processo evolutivo do indivíduo, que diz respeito não só a sua idade cronológica, mas também a processos biológicos, psicológicos, socioculturais que constituem tanto as particularidades individuais, quanto as peculiaridades de grupos sociais de uma determinada sociedade. (BORGES, 2004.p.11)

Adolescência (latim, *adolescência*, ad: a, para a + *olescere*: forma incoativa de *olere*, crescer) significa a condição ou o processo de crescimento. O termo se aplica de forma específica ao período da vida compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento corporal completo, cujos limites estão fixados em geral, entre os 13 e os 23 anos no homem, podendo estender-se até os 27 anos. (ABERASTURY, 1981.p.89)

É o período da vida humana que substitui a infância, seu início é marcado pela puberdade a qual se caracteriza por uma série de modificações corporais e psicológicas. Estendendo-se aproximadamente dos 12-20 anos. Segundo os

padrões da Organização Mundial de Saúde (1975), a adolescência está compreendida no período entre 10-19 anos e juventude 15-24 anos (FERREIRA, 1999).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente é o conjunto de leis que garantem os direitos desse segmento populacional, que considera como adolescência o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Há aqui um descompasso entre a definição etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a Organização Mundial de Saúde, esta última também adotada pelo Ministério da Saúde. (TOLEDO, 2008. p.27)

Segundo dados do último Censo realizado pelo IBGE, no Brasil a população adolescente, aquela que se encontra na faixa etária entre 10 e 19 anos, corresponde a 21% da população nacional; é um grupo composto por 35.302.872 adolescentes, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres (BRASIL, 2006).

Ainda que haja diversidade na definição do conceito e na determinação do período cronológico que distingue esta etapa da vida, entende-se a adolescência como uma fase do ciclo vital, historicamente construída a partir de critérios que abrangem tanto a dimensão biopsicológica, a cronológica e a social, configurando-se, por conseguinte, em um conceito dinâmico. (TOLEDO, 2008. p.29)

Esta transição é marcada por modificações biológicas e por modificações que se enquadram em nível psicoemocional. Segundo (SAITO, 2001. p.33):

As modificações biológicas constituem a parte da adolescência denominada puberdade, caracterizada principalmente pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudanças da composição corporal, eclosão hormonal envolvendo os hormônios sexuais e evolução da maturação sexual. Esta última pode ser acompanhada através do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos e femininos. O termo puberdade se origina do latim *pubertas* – idade fértil, caracterizada pela capacidade reprodutiva, aspecto importante do processo adolescente.

Paralelamente às modificações corporais, acontecem também as evoluções de ordem psicoemocional, as quais, reunidas convencionalmente, são denominadas de Síndrome da Adolescência Normal. Destacamos como características essenciais desta síndrome: a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento abstrato, a vivência temporal singular, as variações do humor, a evolução da sexualidade e a separação progressiva dos pais. Estas vivências significativas podem concorrer tanto para a vulnerabilidade dos (as) adolescentes, como para a construção do eu seguro e até mesmo empreendedor, que o torna protagonista das mudanças e da reestruturação do futuro (KNOBELL; ABERASTURY apud SAITO, 2001).

A adolescente se defronta com suas transformações corporais e sua mente, num constante processo de ebulição, e sente sua identidade ameaçada, pois apesar de não ser mais uma criança, ainda não é também adulta. Portanto, se encontra no meio do caminho, buscando descobrir não somente quem ela é, mas que adulta se tornará. (DADOORIAN, 2000. p.53)

A criança queira ou não, vê-se impelida a iniciar-se no mundo do adulto; e poderíamos dizer que primeiramente entra através do crescimento e das mudanças corporais e, muito mais tarde, através de suas capacidades e de seus afetos. É muito freqüente que aos 16, 17 ou 18 anos se mostrem muito maduros sob alguns aspectos, porém, paradoxalmente imaturos sob outros. (ABERASTURY; KNOBEL. 1981.p.89)

Neste período, a perda que a adolescente deve aceitar é dupla. Ela deve fazer luto pelo corpo de criança, quando caracteres sexuais secundários colocam-se ante a evidência de seu novo *status*, e o aparecimento da menstruação, a qual lhe impõe o testemunho da determinação sexual e do papel que terá que assumir, não

só na união com o parceiro, mas também na procriação. Entretanto, os pais também vivenciam os lutos pelos filhos, pois necessitam fazer o luto pelo corpo da filha pequena, pela sua identidade de criança e pela sua relação de dependência infantil. (ABERASTURY; KNOBEL, 1981. P. 15)

Uma das principais tarefas da adolescência é a busca por sua identidade e, nesta fase, o grupo de iguais consiste em modelo e proteção substituta à família. Logo, a influência grupal neste período é muito expressiva. (TAQUETTE; VILHENA, 2008. p.110)

A elaboração inicial da identidade na adolescência sofre influência de seu grupo de iguais, o que origina uma identidade grupal, facilmente observável através da padronização de roupas, linguagem e outros modismos. Só mais tarde emerge a identidade individual. Portanto, a maioria das adolescentes tem comportamentos, incluindo os sexuais, ditados pelo próprio grupo. (FÁTIMA & ALMEIDA, 1999. p.32)

A adolescência é uma das etapas do desenvolvimento mais expressiva pela qual passa todo ser humano. É considerada uma fase de mudanças nas relações sociais estabelecidas, transformações físicas, mas também de questionamento e valores, costumes e sentimentos, os quais contribuem para o exercício da vida adulta. Entre as experiências importantes desta fase temos o início da vida sexual e reprodutiva e as expectativas levantadas em torno da vida produtiva. (CAVASIN *et al*, 2004. p.11)

Na adolescência, os relacionamentos amorosos são uma espécie de “ensaio” para a vida adulta, e as experiências vivenciadas podem ser vistas como formas do indivíduo aprender a se relacionar e testar suas capacidades para tal, o que envolve “ficar”, namorar, ter relações sexuais etc. Neste sentido, pode-se dizer que a vida

amorosa e sexual das adolescentes está inserida em um contexto global de busca pela aquisição de uma identidade. (MATOS *et al* 2005. p.3)

No processo de socialização, normas e valores culturais, responsáveis por estabelecer como homens e mulheres devem inserir-se no mundo, são transmitidas através das gerações. Os espaços de convivência cotidiana, sobretudo a família, a escola e a mídia oferecem a meninos e meninas, por meio da observação de seus adultos de referência, oportunidades de aprendizagem e interiorização de modelos. As relações de gênero estruturam o conjunto das relações sociais e, portanto, o mundo do trabalho, da política e da cultura igualmente organiza-se conforme a inserção de mulheres e homens. (OLIVEIRA, 2007.p.26)

Historicamente a adolescência é construída e vivida de maneira distinta pelos indivíduos na dependência das relações de gênero, etnia, condição social e valores culturais, logo há de se considerar não mais “a adolescência”, mas sim “as adolescências”. (TOLEDO, 2008. p.28)

As questões de gênero têm se mostrado essenciais na condução das escolhas reprodutivas de adolescentes, particularmente o momento da primeira relação sexual e o primeiro parceiro sexual. Na maioria das vezes, a iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino ocorre mais precocemente do que a de adolescentes do sexo feminino. (BORGES; SCHOR. 2005. p.500)

Para Silva, (1999. p.33) podemos interpretar “... gênero como o conjunto de características relacionadas à personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades, que, através de um processo de construção social, diferenciam os homens das mulheres [...]”.

A VULNERABILIDADE DAS ADOLESCENTES ÀS DST

De acordo com Alves (2005. p.30), a sexualidade é compreendida como um espaço de construção do indivíduo, de sua autonomia, império das decisões individuais íntimas que se estruturam, contudo, em lógicas menos padronizadas e gerais e mais fundamentadas em trajetórias afetivas não necessariamente conjugais. A prática da sexualidade, antes necessariamente atrelada ao casamento, agora se autonomiza e, paralelamente, se torna a base necessária da iniciação e manutenção de relacionamentos conjugais. Não é mais a idade ou o status conjugal que determina a vida sexual, mas fatores mais difusos que demandam do indivíduo um exercício constante da reflexividade nesse domínio. Essa mudança tem conseqüências diretas sobre a forma como a sexualidade é vivida e compreendida atualmente.

Já Del Priori (2006. p.323) entende que a sexualidade e o amor foram administrados ao longo da história da humanidade. Com as revoluções comportamentais, resultantes, principalmente do advento da pílula anticoncepcional e o movimento hippie, a sexualidade libertou-se.

Matos (*et al*, 2005. p.1) vai adiante e sustenta que a vida amorosa dos jovens contemporâneos é bastante diferente da vivenciada pelas gerações anteriores, visto que existe, hoje, uma diversidade de formas de relacionamentos que envolvem novos padrões. Atualmente, adolescentes e mesmo pré-adolescentes “ficam”, trocando beijos e carícias. Essa categoria, que inexistia, representa uma forma de relacionamento muitas vezes incompreensível para os adultos mais velhos.

Ainda segundo Matos (*et al*, 2005. p.24), esta nova forma de relacionamento amoroso, a partir da década de 80, vem tornando-se cada vez mais comum, especialmente entre adolescentes. O “ficar”, possui como característica essencial a

ausência de compromisso entre os membros do casal, que busca obter prazer, a partir do exercício da sedução. O grau de envolvimento pode ir de uma simples troca de beijos e abraços até uma relação sexual, sendo que esta não necessariamente ocorre. Desta forma, há espaço para uma intimidade, mas mantém-se, ao mesmo tempo, um relativo afastamento.

Borges; Schor (2005. p.499) acrescentam o seguinte: deste tipo de relacionamento, acaba sucedendo-se a primeira relação sexual que é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e tem ocorrido cada vez mais precocemente. Este fenômeno tem sido descrito em estudos mais recentes no Brasil.

Para muitos autores, as práticas sexuais têm sido descritas como muito dinâmicas pelas suas incessantes transformações, podendo ocasionar impacto importante no período da adolescência. Do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva, verifica-se que, ao mesmo tempo em que o início da vida sexual marca uma transição, também insere a adolescente, de forma mais intensa, no grupo vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre outros problemas. (BORGES, 2004.p.13)

A iniciação sexual precoce na adolescência associada à cultura do “ficar”, leva a adolescente, em, alguns casos, a experimentar uma multiplicidade de parceiros, o que a torna mais propensa a adquirir uma DST. Este processo geralmente ocorre sem que as adolescentes tenham sido orientadas adequadamente sobre sua sexualidade e a prevenção das DST, condições necessárias para ter uma vida sexualmente ativa e saudável. Esta carência de informações pode fragilizar a adolescente e fazer com que ela seja manipulada por seus parceiros.

Melo (2001. p.15) admite que os programas de prevenção têm falhado quando não tratam a saúde sexual dentro do contexto social e cultural no qual as (os) próprias (os) adolescentes estão inseridas. Falham também por não reconhecer que além de receber informações incipientes, quanto aos riscos de contaminação por uma DST numa relação desprotegida, elas (as adolescentes) são limitadas na sua capacidade de compreender as informações recebidas.

A abordagem de temas como sexualidade é algo ainda muito difícil e, por vezes, pode causar situações de constrangimento, trazendo à tona questões de foro muito íntimo que, com a realidade das DST/AIDS, acabam se tornando espaço público. (KROLL *et al*, 2005. p. 45)

Para que o tema da sexualidade seja bem trabalhado é necessário que o responsável pela abordagem olhe o objeto de seu estudo sem a carga preconceituosa que o envolve. Ainda hoje, no entanto, um certo constrangimento toma conta de iniciativas relacionadas ao assunto porque o próprio pesquisador não resolveu as questões relacionadas à sua própria sexualidade. Esse fenômeno ocorre freqüentemente por causa da educação rígida vigente em seu meio cultural.

A sexualidade vem sendo entendida como produto de diferentes cenários e não só como conseqüência do funcionamento bio-psíquico dos sujeitos. O peso atribuído aos cenários socioculturais parte da seguinte premissa: se existem características distintas entre os homens e mulheres referentes à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, elas se devem a uma combinação de fenômenos que reverberam nos corpos enquanto efeito de processos complexos de socialização dos gêneros. Desse modo, existe estreito e inescapável imbricamento entre sexualidade e gênero. (HEILBORN *et al*, 2006. p.35)

As relações de poder fundamentadas nessas diferenças são aprendidas muito cedo pelas crianças e é a partir daí que elas constroem sua relação com o mundo e as reproduzem no conjunto da sociedade e de suas instituições. Portanto, a socialização diferenciada está na base de construção da identidade de gênero do sujeito, desde a primeira socialização no seio familiar, produzindo eco no espaço escolar, entre os pares, nas interações afetivo-sexuais, no trabalho e na formação de seu próprio núcleo familiar. (OLIVEIRA, 2007. p.26)

Ruzany (*et al*, 2003. p. 353) sublinha que as adolescentes discutem mais sobre sexo com amigas do que com os adultos, pais ou responsáveis, pois em nossa sociedade ainda existe muito preconceito acerca do exercício da sexualidade antes do casamento. Isso prossegue o autor, pode ser um obstáculo ao acesso à informação, educação e preparação para a prática da sexualidade de maneira mais prazerosa e responsável.

Algumas adolescentes sexualmente ativas são propensas a acreditar que nunca irão contrair uma DST e por isso utilizam o preservativo, de forma irregular, movidas pelo pensamento “mágico” de sua invulnerabilidade.

Melo (2001, p.17), em sua dissertação de mestrado, evidenciou que na cabeça das adolescentes que desejam a maternidade, a utilização do preservativo, na prevenção às DST, é ambígua e gera um certo conflito entre o desejo de prevenção e o desejo da maternidade.

Outros fatores também expõem com frequência as adolescentes às DST. De acordo com Fialho (2007.p.26), o envolvimento com parceiros mais velhos é um deles. Nessa relação, elas tendem a ter um menor poder de negociação quanto à utilização do preservativo, “em particular nos relacionamentos duradouros, quando a adolescente tem receio de ser mal vista pelo parceiro”. A crença de não correr riscos

nos relacionamentos estáveis também influi (Ideal romântico do amor como proteção).

Outro aspecto relevante destacado por Fialho (2007. p.24) é que a partir da década de 80, as doenças sexualmente transmissíveis passaram a ser os principais agentes facilitadores da transmissão do HIV.

Tem havido uma feminilização dos casos de AIDS entre mulheres e, particularmente, entre adolescentes do sexo feminino, o que pode ser parcialmente justificado pelo fato da iniciação sexual destas jovens ocorrer, freqüentemente, com homens que já tiveram experiências sexuais anteriores e, portanto, têm maior possibilidade de exposição às DST. Como se preocupam menos com a transmissão das DST e da AIDS, os homens mais velhos estimulam a adolescente a fazer uso do anticoncepcional hormonal e, desta forma, elas se acham em situação de maior vulnerabilidade às DST e ao HIV/AIDS. (BRASIL, 2006).

Já Abramovay (2003. p.52) adverte que, de um modo geral, a incidência de DST está vinculada a aspectos como pobreza e falta de informações. E a literatura recente sublinha diversas lacunas deixadas pelas políticas públicas no que tange a um sistema de saúde apropriado.

A mesma autora alinhava uma série de fatores pelas carências do sistema público de saúde. Ela destaca, entre outros, a carência de profissionais capacitados no atendimento à população adolescente, a baixa qualidade dos serviços de saúde prestados em especial ao adolescente, o não reconhecimento da (o) adolescente como um sujeito sexualmente ativo e o próprio preconceito ainda existente entre alguns profissionais.

Anualmente ocorrem, em todo o mundo, aproximadamente 333 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis curáveis, e um em cada vinte

adolescente contraem DST (BRASIL, 1999. p.15). Por sua magnitude, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) continuam sendo consideradas um importante problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no resto mundo.

Fialho (2007. p.23) alerta que no Brasil, pesquisas acerca da incidência e prevalência de DST entre adolescentes ainda são raras. Estudos isolados, no entanto, evidenciam sua vulnerabilidade cada vez maior ao risco de contraí-las, especialmente gonorréia, infecção por Clamídia, Sífilis, Hepatite B, Herpes genital, Condilomas ou Verrugas Genitais (HPV), Tricomoníase, Vulvovaginites por *Gardenerella Vaginalis*, todas elas passíveis de coexistir com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Portanto, conforme BRASIL (2007. p.24), os dados sobre a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis entre a população jovem, sobretudo adolescente, são insuficientes. As tendências gerais, entretanto, apontam para uma maior prevalência destas infecções entre adolescentes e jovens, destacando-se entre elas o Herpes genital e o HPV (17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 a 24 anos, respectivamente). Pode-se presumir, no entanto, que o início da vida sexual precoce e os dados sobre a não utilização de preservativos indicam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a estas infecções.

As doenças sexualmente transmissíveis, de um modo geral, são tratadas de modo particular, em segredo e recobertas por um forte preconceito. No imaginário popular, as DST são associadas à infidelidade, promiscuidade e prostituição. Enfim a uma série de “rótulos” que marcam e excluem o indivíduo. (MADUREIRA, 2005. p.86)

O quadro, que já é grave, assume contornos dramáticos quando entra em cena a chamada auto-medicação. Não são poucos os que se tratam com

medicamentos indicados nas farmácias ou por amigos. Os que adotam esse comportamento, contudo, não estão se tratando, apenas tornando o organismo mais resistente, uma vez que o medicamento e a prescrição não foram realizados de maneira correta. (SUPLICY, 1998. P.132)

A inadvertida busca pelo tratamento empírico não se deve apenas e tão somente ao preconceito que a sociedade reproduz com relação às DST, mas também ao pouco conhecimento sobre as doenças. Isso acaba provocando o distanciamento dos indivíduos, em especial as adolescentes, dos serviços de saúde.

Taquette *et al* (2004) consideram que fatores biológicos, psíquicos e sociais podem ser responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade das adolescentes às DST.

A princípio, o conceito de vulnerabilidade começou a ser trabalhado na área dos direitos humanos e mais tarde foi incorporado ao campo da saúde com os trabalhos realizados sobre AIDS na Escola de Saúde Pública de Harvard. (GUARESCHI *et al*, 2007)

O termo vulnerabilidade passou a ser utilizado após a década de 80, principalmente para a perspectiva de risco. O conceito de risco tem frequentemente custos técnicos, sociais e políticos superiores a seus benefícios. O preconceito em relação aos chamados grupos de risco ou a injustificável despreocupação de quem não tinha comportamento de risco são exemplos de efeitos colaterais do uso deste conceito. A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais. Vulnerabilidade, segundo AYRES *et al* (2003) é: “A chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultando não somente em um conjunto de aspectos individuais, mas

de fatores coletivos e contextuais, que acarretam ao indivíduo maior suscetibilidade e maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem”.

De acordo com o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP – OPS/OMS), *apud* Barbosa (1999:551), **risco** “é a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável de um dano ou de um fenômeno indesejado. Dessa forma, estima-se risco ou a probabilidade de que uma doença exista, através dos coeficientes de incidência e prevalência”.

Já **fator de risco** é definido como “toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado, sem que o dito fator tenha que intervir necessariamente em sua causalidade”.

Esta visão de processo saúde-doença é denominada **enfoque de risco**. E se “fundamenta no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou de morrer (danos à saúde), mas sim que essa probabilidade é maior para uns do que para outros”. (BRASIL, 1995:7)

A vulnerabilidade envolve a análise articulada de três eixos:

- Vulnerabilidade individual – refere-se ao grau e à qualidade da informação que o indivíduo dispõe sobre os problemas de saúde; à habilidade de elaborar e incorporar tais informações de forma consciente transformando-as em práticas protegidas e protetoras.
- Vulnerabilidade social – refere-se aos meios para obtenção das informações, incorporação e transformação das mesmas em atitudes, tais como: Acesso à informação; Acesso e qualidade dos serviços de saúde; Quantidade de recursos destinados à saúde por parte dos governos; Condição de bem-estar-social, como moradia, escolarização, acesso aos

bens de consumo entre outros; Aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específico.

- Vulnerabilidade Programática – refere-se a programas nacionais ou locais especificamente para o problema, e a seu grau de qualidade de compromisso, recursos e gerencia, com objetivo de canalizar esforços e otimizar recursos sociais, corroborando com mudanças sociais necessárias e apoio aos indivíduos (AYRES *et al*, 2003).

Meyer (et al, 2007. p.234) adverte que os três componentes constitutivos do quadro conceitual da vulnerabilidade consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, porém podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas circunstâncias, em variados momentos de suas vidas.

Sanches (1999. p.78) acrescenta que a percepção de vulnerabilidade individual pelas adolescentes é importante e necessária, mas não é o bastante para determinar mudanças de comportamento. Diferentes grupos sociais, conclui ela, apresentam lógicas e concepções variadas sobre saúde e doença.

OS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA ADOLESCENTE

A existência de lacunas nas políticas públicas de saúde da adolescente é uma realidade. É essencial, no entanto, que nos lembremos da importância do papel desempenhado pelas iniciativas do poder público e o caminho percorrido até os dias atuais.

A proteção à adolescência, à infância e à maternidade sempre estiveram incluídas nos programas de governo, subdivididas e organizadas como unidades operacionais. No ano de 1920, compunham a uma Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância no antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS). Ao longo das décadas, entretanto, essa seção passou por diversas modificações. Ao ser aprovado o regulamento do DNPS (Decreto nº 16300/23) em seu Art. 1º, itens a e m), definiu-se, respectivamente como competência do DNPS: “[...] a prophylaxia geral e específica das doenças transmissíveis[...]”. (TYRREL; CARVALHO, 1993. P.111)

Desde a década de 20, portanto, os órgãos públicos já se preocupavam com a proteção da infância e da adolescência, ainda que a infância e a adolescência fossem percebidas com um olhar unilateral e constituíssem um único bloco.

No ano de 1974, o cenário político e social da época deu origem a propostas governamentais com a denominação de “Programa de Saúde Materno-Infantil”. Em 1984, uma modificação radical dividiu o programa em dois: o “Programa de Assistência Integral à Mulher” (PAISM) e o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança” (PAISC). (TYRREL; CARVALHO, 1993.)

A década de 70 já dera lugar a reivindicações do movimento feminista que impulsionaram os debates sobre a sexualidade e as condições de vida das

mulheres. A implementação de programas na área da saúde da mulher só viria a ser demarcada na década de 80 com a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). (PIROTTA *et al*, 2005, p.03)

O PAISM tinha por finalidade atender a mulher dentro daquilo que lhe fosse necessário, independente de sua faixa etária, e tinha por finalidade proporcionar a ela melhores condições de vida e saúde.

O modelo conceitual utilizado pelo PAISM é atual e abrangente, compreendendo a saúde da mulher nas diversas fases do ciclo vital e não apenas durante o período gravídico-puerperal; atendendo a todos os aspectos de sua saúde, incluindo a prevenção de câncer; privilegia a atenção ginecológica, o planejamento familiar e o tratamento para infertilidade, atenção ao pré-natal, parto e pós-parto; abrange ainda o diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, assim como das doenças ocupacionais e mentais. A partir deste modelo a mulher passa a ser vista de forma integralizada. O programa prevê também cobertura para incluir as adolescentes e mulheres na fase do climatério. (MOURA *et al*, 2005. p.62)

Os primeiros serviços direcionados à saúde dos jovens despontaram na década de 70, vinculados às instituições universitárias. Nos anos 80, as questões da juventude e da AIDS emergem como problema de governo, passando a ser objeto de pesquisas e intervenções de políticas públicas. A partir da segunda metade dos anos 80 e início dos anos 90, temas referentes às DST/AIDS, sexualidade e população jovem ganham importância e visibilidade na agenda governamental. (CRUZ, 2006. p.32)

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) acaba sendo implantado pelo Ministério da Saúde, em 1989, graças ao apoio da OPAS, tornando-se um

programa nacional com normas e prioridades delimitadas. (RUZANY *et al*, 2002. p.640)

Segundo Leão (2005, p.32), depois de transcorridos quatro anos da elaboração do PROSAD, o Ministério da Saúde publica as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, que contemplavam as ações do PROSAD. Suas normas foram divididas em três volumes que abordavam diferentes temas:

- Volume I – Diretrizes gerais para atendimento de adolescentes; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Distúrbios da puberdade e desenvolvimento psicológico do adolescente;
- Volume II – Saúde mental e sexualidade na adolescência;
- Volume III – Assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; Planejamento familiar; Doenças Sexualmente Transmissíveis e Problemas ginecológicos.

O referido volume III abordou as DST, utilizando o seguinte enfoque:

“O desenvolvimento da genitalidade nesse período etário predispõe as adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis. A abordagem dessas patologias no período da adolescência reveste-se de expressiva importância, pois a prevenção da fertilidade é fundamental. O enfoque educativo deve estar sempre presente permitindo ao adolescente adquirir conhecimentos quanto à vulnerabilidade, prevenção, complicações, preconceitos, tabus e dificuldades emocionais.” (BRASIL, 1983.p.26).

Ao tratar das doenças sexualmente transmissíveis, o texto em questão chama nossa atenção por dois aspectos. Primeiro porque a preocupação quanto às DST foi enfocada sob o olhar da prevenção da “fertilidade”. O segundo aspecto que sobressai na redação do texto é a questão de gênero, pois a preocupação do enfoque educativo está voltada para o adolescente.

Fica claro, assim, que a adolescente foi claramente negligenciada num documento cujo conteúdo temático é todo voltado para a mulher.

O PROSAD do município do Rio de Janeiro teve suas bases programáticas publicadas em 1986 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), antes, portanto, da criação do programa em nível nacional - por intermédio de uma portaria municipal que vinculou ao Programa de Saúde Escolar os atendimentos aos adolescentes com idade até 18 anos. (RUZANY *et al*, 2002. p.640)

Devemos destacar também a importância da Constituição Federal de 1988, resultado de um amplo movimento pela democratização do Brasil, após longo período do regime militar. O texto representa o mais avançado documento da história constitucional brasileira, trazendo em seu bojo o reconhecimento de um amplo rol de direitos humanos, tanto no âmbito dos direitos e garantias individuais, quanto dos direitos políticos e sociais. (BRASIL, 1999. p.30)

Entre os direitos sociais especificados pelo artigo 6º, da Constituição Federal, está o direito à saúde, desdobrado nos artigos 196 a 200, nas quais consta o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) entre outros. (BRASIL, 199. p.30)

Parte dos dispositivos constitucionais destina-se à infância e à adolescência. De maneira especial, o artigo 227 é taxativo ao tornar um dever do Estado e da sociedade civil garantir a prioridade de atendimento às necessidades das crianças e adolescentes. Destacam-se de seu texto alguns pontos relevantes para a saúde. (BRASIL, 1999. p.31)

Art. 277 – É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão.

A criança e o adolescente, enquanto cidadãos são sujeitos dos direitos reprodutivos e sexuais existentes na ordem constitucional e infraconstitucional. Entretanto, o processo de transição biopsíquicosocial, que assinala este período do desenvolvimento, faz com que as crianças e os adolescentes possuam necessidades específicas. (BRASIL, 1999. p.35)

Identificamos, no texto acima, a negligência do poder público que não vê a adolescência como sujeito de direito no exercício de sua sexualidade. Reconhecemos, no entanto, que transcorrida quase uma década, este olhar já apresenta certas mudanças. Mas temos um longo caminho a percorrer até que a (o) adolescente seja efetivamente respeitada (o) naquele que é um direito humano essencial: o exercício pleno de sua sexualidade. Para que isso aconteça, as Políticas de Saúde devem necessariamente mudar a perspectiva que têm da adolescência, principalmente no que diz respeito à capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento desta população.

A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, veio regulamentar, no âmbito infraconstitucional, a situação jurídica dos indivíduos até a idade de 18 anos. O ECA define, como criança, o indivíduo até 12 anos e como adolescente aqueles que têm entre 12 e 18 anos. A Lei n.º 8.069 traduz a adequação da legislação infraconstitucional ao texto da constituição de 1988. Representa, assim, um importante documento no acolhimento da criança e do adolescente, em consonância com as diretrizes internacionais de direitos humanos e de modo democrático, revogando o antigo código de menores. (BRASIL, 1999. p.33)

O Estatuto também confere primazia absoluta quanto aos direitos de vida e saúde de crianças e adolescentes. Ainda que não estejam previstos tópicos

específicos sobre saúde reprodutiva e saúde sexual, o ECA assevera o direito à maternidade segura a adolescentes. (BRASIL, 2007. p.39)

O artigo 7º do ECA especifica que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, competindo ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1999. p.34)

A questão da saúde reprodutiva e sexual e dos direitos reprodutivos e sexuais é de essencial importância na adolescência e os principais documentos internacionais que discorrem sobre o tema são os textos resultantes da Conferência Internacional para a População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994, e a Conferência Internacional sobre a Mulher realizada em Beijing, em 1995. Esses textos, apesar de não apresentarem caráter obrigatório e vinculante para o Estado, reconhecem os direitos reprodutivos como os direitos humanos e como fator fundamental para o desfrute da saúde reprodutiva, constituindo-se em importantes fontes de recomendações para os Estados na condução das políticas públicas na área. (BRASIL, 1999. p.37)

Pirotta (et al,2007. p.2) registra que entre as recomendações das conferências do Cairo e de Beijing está a preocupação com a adolescência. Os respectivos documentos ressaltam a necessidade de implementação de educação sexual e de saúde sexual e reprodutiva voltadas para a população adolescente. Os textos destacam a importância desta população ter acesso não só aos serviços de saúde, mas às informações sobre métodos contraceptivos e formas de proteção do HIV/AIDS e das demais DST. Preconizam ainda o incentivo à adoção de atitudes responsáveis perante a sexualidade, a não discriminação das mulheres, da promoção da equidade de gênero e do combate à violência sexual.

É essencial que a discriminação das mulheres, especialmente das adolescentes, seja eliminada principalmente do contexto dos profissionais responsáveis pelo atendimento da população adolescente.

Só a partir dos anos 90, houve um incremento nas políticas públicas voltadas para a adolescência, com o foco das ações concentrando-se nas ações para o combate da violência urbana, o desemprego, a prostituição infantil, a violência doméstica e sexual. A vida reprodutiva e as práticas sexuais de adolescentes passaram a ser problematizadas com debates acerca da gestação na adolescência, o aborto, a vulnerabilidade ao HIV/AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis. Apesar dos avanços, o tratamento das questões relacionadas à população jovem ainda é tratado sob a ótica do desvio ou do problema social, cuja maior preocupação é a da coesão moral da sociedade. (PIROTTA *et al*, 2007. p.4)

Em 1996, com a reformulação das Diretrizes e Bases Educacionais, a educação redefiniu o conceito de saúde, entendendo sua interface com os aspectos sociais, retratando, dessa forma, preocupação com a diminuição da incidência de gestação, AIDS e DST, entre adolescentes e jovens; daí a inclusão do tema “Educação para Saúde” nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNS), com um tópico especial para a orientação sexual, que deve ser abordada de maneira transversal em todas as áreas. (CAVASIN *et al*, 2004. p.16)

É a qualidade da informação que determina a vulnerabilidade individual da clientela. Essa variante está intimamente agregada às ações programáticas do setor educação e da saúde. Considera-se que as adolescentes estão mais vulneráveis à infecção porque não têm a habilidade de incorporar ao dia a dia os comportamentos protetores da saúde. A sexualidade ainda é percebida social e culturalmente como um tabu e configura outro elemento da vulnerabilidade social, constituindo-se uma

barreira adicional ao acesso às informações das DST/AIDS entre adolescentes. (TOLEDO, 2008. p.77)

Para melhorar a qualidade das informações sobre a prevenção das DST, o governo criou o “Projeto Escola”. Lançado oficialmente em 2003, o programa “Saúde e prevenção nas escolas” teve por eixo estruturante de suas ações a integração dos setores saúde - educação e a disponibilização de preservativos. As iniciativas foram apoiadas pela Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF, nas perspectivas de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens a infecções pelo HIV e à AIDS, e a outras DST. (BRASIL, 2006. p.16)

Na opinião de Fialho (et al, 2002), projetos de educação preventiva que assegurem tanto o acesso quanto a reflexão acerca da utilização dos preservativos pelas populações mais vulneráveis devem ser priorizados. Barreiras culturais e programáticas necessitam ser enfrentadas a partir de uma resposta social que envolva diferentes setores da sociedade. Diante dos diversos contextos de vida e de organização dos serviços, experiências que identifiquem e trabalhem aspectos regionais de educação preventiva precisam ser apoiados e enriquecidos a fim de se responder às barreiras para a utilização dos preservativos.

Capítulo 3

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, cujo método utilizado é a História de Vida. Esta metodologia é utilizada para a obtenção de informações sobre a essência subjetiva da história completa de uma pessoa. A investigação começa com uma entrevista gravada, transcrita e é finalizada como uma narrativa fluente, nas palavras da pessoa que conta a história. A definição é de Atkinson (1998.p.3).

De acordo com Santos (et al, 2004. p.236), existem várias maneiras de se conhecer uma realidade, seja informalmente, seja com a finalidade de realizar uma investigação científica. Um dos caminhos mais simples e ao mesmo tempo eficaz para se alcançar tal objetivo é ouvir o que os indivíduos que vivenciam (ou vivenciaram) uma determinada situação têm a dizer sobre ela. Esse tipo de abordagem favorece uma maior aproximação com o sujeito ou grupo estudado, já que particulariza as apreciações das experiências de interesse interpretadas pelos próprios participantes.

Ainda segundo a mesma autora, o método História de Vida leva o pesquisador a conhecer a essência da história de vida de seus sujeitos a partir de suas próprias narrativas. Logo, a característica geral desta abordagem é a seguinte: a estrutura geral da entrevista (e, conseqüentemente, as informações ou dados obtidos), não é determinada pelo pesquisador por meio de perguntas padronizadas e/ou previamente formuladas, mas sim pelos informantes: pela forma como eles

selecionam, interpretam, valorizam e narram suas experiências de vida (SANTOS *et al*, 2004. p.237).

Escolhemos este método de pesquisa porque ele dá às adolescentes a oportunidade de contar suas histórias. Sobre o assunto, Atkinson (1998. p.1) assinala o seguinte:

[...] Contar histórias é uma forma fundamental da comunicação humana. Pode servir como uma função essencial em nossas vidas. Nós sempre pensamos na forma da história, falamos na forma da história, e trazemos significados às nossas vidas, através da história. Contar histórias, na sua forma mais comum de todos os dias, é contar uma narrativa por conta de um evento, uma experiência, ou outro qualquer acontecimento. Nós podemos falar desses acontecimentos porque nós sabemos o que aconteceu. Isto é o conhecimento básico de um evento que permite e nos inspira a falar sobre ele [...].

Outros autores se debruçaram sobre o tema. Para Santos, a elaboração de uma história de vida é a forma particular como o indivíduo reproduz aqueles aspectos do seu passado que considera relevantes para a situação presente. (SANTOS; GLAT, 1999. p.43)

O verbo contar (narrar) no relato de vida é indispensável, pois significa que a elaboração discursiva do sujeito assume uma forma *narrativa*, a partir do momento que um sujeito conta a outra pessoa, pesquisadora ou não, um episódio qualquer de sua experiência de vida. (BERTAUX, 2005. p.36)

O papel do pesquisador não consiste em invadir as particularidades da vida do sujeito, pois devemos respeitar, sob qualquer circunstâncias, sua vontade de guardar algo para si mesmo. (BERTAUX, 2005. p.85)

Ao utilizar o método História de Vida, devemos aprender a respeitar os silêncios prolongados, os olhares que, por vezes, vagueiam na busca de uma recordação que, por sua vez, nem sempre é explicitada. O emprego do método,

portanto, nos permite desenvolver uma escuta mais atenta. Para que o sucesso seja alcançado, é necessário que o pesquisador, antes de utilizar o método despoje-se de seus próprios preconceitos.

Segundo Daniel Bertaux (1980), o sociólogo americano Denzin propôs a distinção das terminologias *Life story* e *Life history*. Entende-se por *Life story* a história ou o relato de vida, narrado pela própria pessoa que a tenha vivenciado. Nesse caso, a autenticidade dos fatos não é confirmada pelo pesquisador, pois o essencial é o ponto de vista da pessoa que está narrando. Já a categoria *Life History* é empregada para aprofundar a vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Além da própria narrativa do indivíduo, a investigação pode envolver a consulta a documentos como dossiês médicos e jurídicos, artigos de jornais e/ou revistas. É possível também entrevistar pessoas que conheçam o indivíduo e/ou a situação em estudo. No estudo aqui desenvolvido utilizamos *life story*, já que os relatos estão sendo coletados diretamente com as adolescentes, sem que a veracidade dos depoimentos seja confirmada. O relato de vida das adolescentes, portanto, é nossa única fonte de informação.

1.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma maternidade municipal localizada na cidade do Rio de Janeiro, cujo fluxo de atendimento se dá a partir da demanda espontânea e referenciada. Sua escolha como campo para realização deste estudo justifica-se por esta unidade ser referência no atendimento à adolescente gestante e em razão de atuar no alojamento conjunto. Foi aí, aliás, durante a prestação da assistência, que floresceram minhas inquietações e a idéia de desenvolver este estudo. A referida maternidade tem hoje, segundo dado do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, atualizado em 15/09/2007, um quantitativo de 132 leitos ativos de

um total de 134 existentes. Deste total, 16 leitos (02 enfermarias) do alojamento conjunto são destinados às puérperas adolescentes.

1.2 SUJEITO DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo, foram 12 adolescentes atendidas na unidade em questão independente de serem gestantes, puérperas ou terem sofrido abortamento espontâneo. A opção pela escolha dos sujeitos levou em conta a advertência de Daniel Bertaux, segundo quem a amostra deve ser a mais diversificada possível.

A aproximação inicial com os sujeitos do estudo ocorreu no momento da prestação da assistência nas enfermarias, por meio de conversas descontraídas com as adolescentes e suas respectivas responsáveis e/ou acompanhantes. Para Bertaux (2005), tudo fica mais fácil se o pesquisador mantiver um encontro prévio com o sujeito, trocar algumas frases com ele e se, organizar a entrevista nessa ocasião. Dessa forma, o pesquisador fica sabendo com quem irá tratar.

No segundo momento, retornava a enfermaria e convidava as adolescentes a participarem do estudo, explicando, de modo sucinto, os objetivos da pesquisa, sua importância e as questões éticas. As eventuais dúvidas que surgiram eram dirimidas ali mesmo. As adolescentes que demonstravam interesse e cujas responsáveis autorizavam a participação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Seus termos foram devidamente explicados de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após a assinatura do termo agendávamos o encontro para a tarde seguinte, após as 16:00hs, quando terminavam as visitas diárias. A fixação do horário visou preservar o momento mais importante e mais aguardado de toda pessoa que está hospitalizada.

Os relatos de vida das depoentes foram gravados em gravador digital e as transcrições foram realizadas imediatamente após as entrevistas, conforme preconiza Daniel Bertaux (1980).

No total foram realizadas 12 entrevistas e 13 convites. Uma das duas primeiras entrevistas realizadas foi descartada porque interferi indevidamente no decorrer da mesma. A 13ª entrevista não foi realizada, pois o convite foi recusado pela adolescente de 14 anos, puérpera, cujo parto necessitou ser cesárea. A adolescente apresentava áreas extensas acometidas por condilomatose que inviabilizavam a realização de um parto normal. Apesar de sua mãe ter autorizado a participação dela no estudo, um novo convite não foi feito porque o pesquisador, conforme sustenta Bertaux (2005.p.63), de modo algum poderá forçar um encontro caso este lhe seja negado, assim como jamais poderá ser descortês em caso de fracasso.

Após o término de cada entrevista, perguntava a cada adolescente se ela desejava ouvir seu depoimento, mas nenhuma delas demonstrou interesse e/ou curiosidade. Com a maioria dos depoimentos colhidos, de certo modo, experimentei sentimentos de tristeza, pois poucos não continham relatos de violência em suas diversas formas, conflitos e carências. Ao término de cada entrevista, após a saída da adolescente da sala onde eram realizados os encontros, esta pesquisadora redigia de modo sucinto, em um caderno de notas, a entrevista que acabara de fazer, pontuando as emoções e algumas atitudes das adolescentes.

Bertaux (2005. p.73) recomenda que após a entrevista, o pesquisador deve anotar em um caderno de campo, tudo o que o pesquisador observou do contexto da entrevista e do seu desenvolvimento: “Tente descrever a atitude do sujeito em relação a você, e, em relação ao tema da entrevista e a sua própria História. Que

mensagens o sujeito desejou passar e que assuntos preferiu não falar”- Sugere o autor.

As entrevistas, de um modo geral, foram muito ricas, já que as adolescentes viveram a oportunidade de falar de suas angústias, tristezas, ressentimentos e carências. Esses e outros sentimentos que emergiram de seus relatos possivelmente nunca puderam ser comentados, já que é difícil, para o adulto, parar para escutar os problemas da (o) adolescente. Talvez por isso, várias adolescentes entrevistadas aceitaram o convite assim que ele foi feito.

As adolescentes foram identificadas com o nome de fadas escolhidos pela própria pesquisadora. A escolha foi feita após as entrevistas, pois a intenção foi identificá-las de maneira análoga com seus momentos de vida. Assim foi que optei pela identificação simbólica do momento mágico vivenciado por elas no período da adolescência.

Quadro 1 - Perfil das adolescentes entrevistadas

ADOLESCENTE	IDADE	ESCOLARIDADE	PROCEDÊNCIA	SITUAÇÃO CONJUGAL	ESTRUTURA FAMILIAR
AINE	19 anos	Ensino Médio Completo	São João de Meriti	Sem companheiro	Pais separados
ARIFA	18 anos	Ensino Médio Incompleto	Santo Cristo	Com companheiro	Pais separados (criado pela avó)
ARIL	13 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Parada de Lucas	Com companheiro	Pais separados
ÁUREA	18 anos	Ensino Fundamental Completo	Belford Roxo	Com companheiro	Pais casados
TITANIA	17 anos	Ensino Fundamental Completo	Benfica	Com companheiro	Pais casados
IRIS	17 anos	Analfabeta	Maracanã	Sem companheiro	Desconhecidos
MAB	19 anos	Ensino Médio Completo	Santa Teresa	Com companheiro	Pais separados
DEIVE	17 anos	Não Informado	Itaboraí	Sem companheiro	Pais separados
DAISY	16 anos	Não Informado	Manguinhos	Com companheiro	Pais separados
BEFANA	17 anos	Ensino Médio Incompleto	Duque de Caxias	Com companheiro	Pais separados (criada pela avó)
FYLGAR	18 anos	Ensino Fundamental Completo	Pavuna	Com companheiro	Pais separados (criada pela avó)
ANNA	19 anos	Ensino Fundamental Completo	Anchieta	Com companheiro	Pai desconhecido

Fonte: Prontuário das depoentes do estudo

A leitura do Quadro1 indica que as 12 adolescentes investigadas neste estudo apresentaram as seguintes características, obtidas a partir dos dados colhidos no prontuário médico. A idade variou de 13 a 19 anos, com média de 17 anos e 4 meses de idade. Os dados sobre escolaridade são os seguintes: 32,6% (04) conseguiram cursar o ensino médio, das quais duas (16,3%) completaram o ciclo. No tocante ao ensino fundamental, 32,6% (04) completaram e 8,3% (01) não completou, 16,3% (02) não tinham escolaridade registrada em prontuário e uma delas (8,3%) relatou não ter escolaridade. No que se refere à procedência verificou-se que 50% (06) residiam na Zona Norte, 33,3% (04) em municípios fora da cidade do Rio de Janeiro e 16,6% moravam no Centro da cidade do Rio de Janeiro. Quanto à situação conjugal das adolescentes, 75% (09) tinham companheiro e 25% (03) não. No que concerne à estrutura familiar, 66,6% (08) possuíam pais separados, das quais três foram criadas pela avó, 16,6% (02) tinham pais casados e uma delas (8,3%) desconhecia a paternidade.

Quadro 2 – Antecedentes Obstétricos das adolescentes entrevistadas

ADOLESCENTE	PARIDADE	N.º DE FILHOS	ABORTO	PRÉ-NATAL	N.º DE CONSULTA	SOROLOGIA LUES	ANTI- HIV
AINE	G I P I	01	-	SIM	03	NI (*)	NEG
ARIFA	G I P 0	-	SIM	NÃO	-	NI	NI
ARIL	G I P 0	-	SIM	NÃO	-	NI	NI
ÁUREA	G I P I	01	-	SIM	08	NEG	NEG
TITANIA	G II P II	02	-	SIM	07	NEG	NEG
IRIS	G I V P I V	04	-	SIM	NI	NI	POS (**)
MAB	G I P I	01	-	SIM	10	POS	NEG
DEIVE	G I P I	01	-	SIM	06	NEG	NEG
DEISY	G I P I	01	-	SIM	03	POS	NEG
BEFANA	G I P I	01	-	NÃO	-	NEG	NEG
FYLGAR	G I P I	01	-	SIM	05	NEG	NEG
ANNA	G III P II	02	SIM	NÃO	-	NEG	NEG

Fonte: Prontuário das depoentes do estudo (*) NI = Não Informado (**) = Adolescente portadora HIV por transmissão vertical

No que se refere aos antecedentes obstétricos das adolescentes entrevistadas, 75% (09) engravidaram pela 1ª vez, sendo que 02 delas sofreram abortamento e foram submetidas a uma wintercuretagem. As demais 25% (03) já eram mães. Quanto à realização de pré-natal, 66,6% (08) fizeram o acompanhamento e apenas uma não informou o número de consultas realizadas. Das quatro (33,3%) que não realizaram o pré-natal, três evoluíram para abortamento espontâneo. No que se refere ao exame sorológico de Lues realizado no pré-admissional na maternidade, 50% (06) foram negativos, 33,3% (04) sem registro no prontuário médico e 16,6% deram positivo para sífilis. Quanto ao exame de Anti-HIV, 75% (09) foram negativos, em 16,6% (02) não há citação no prontuário e 8,6% - um caso- foi positivo. Neste último caso a transmissão se deu por via vertical.

1.3 AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

A fim de cumprir as exigências estabelecidas pela Resolução n.º196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2000), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido aprovado sem exigências em janeiro de 2008 sob o nº CAAE-0275.0.314.000-08.

As adolescentes que aceitaram participar do estudo e cujas mães e/ou responsáveis autorizaram que elas fornecessem os depoimentos foram devidamente esclarecidas, assim como suas respectivas responsáveis, por meio de prévia leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice1).

O TCLE foi elaborado em linguagem acessível, sendo garantido, aos sujeitos do estudo, sigilo e anonimato, assim como será resguardado o respeito à dignidade humana. Foi-lhes facultado o direito de recusa à participação em qualquer fase da

pesquisa, sem nenhum ônus à assistência prestada à adolescente e/ou seu filho (a), caso o tivesse.

As gravações por meio digital serão guardadas por um período de 5 anos e só serão utilizadas para fins de pesquisa. Após este período serão destruídas.

1.4 COLETA DE DADOS

A obtenção dos relatos das adolescentes começou na 2ª semana do mês de fevereiro. Os relatos foram obtidos por meio de uma entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “Fale-me de sua experiência sexual”.

Conforme preconizam Santos & Glat (1999), os sujeitos ficaram livres para divergir sobre aquilo que consideraram relevante em sua experiência, a forma como vivenciaram os fatos narrados e como esses interferiram no presente.

Para Bertaux (1980, p.46) apud Santos et al (2004), a coleta de depoimentos é considerada completa quando se atinge o ponto de saturação: “quando, a partir de certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo no que se refere ao objeto”.

Gradativamente, o pesquisador aprenderá a administrar os silêncios prolongados, as emoções fortes que acompanham as lembranças de momentos comoventes, as confidências com marcas de segredo. Este tipo de entrevista é emocionalmente desgastante e, por isso, mais de uma vez, o pesquisador e / ou sujeito terminarão literalmente “esgotados”. (BERTAUX, 2005. p.87)

Ao evidenciar vez por outra algum retraimento por parte de alguma responsável, mesmo que manifestado por linguagem não verbal, tentávamos dissipar toda e qualquer dúvida que acaso ainda houvesse. A partir do aceite da adolescente e de sua respectiva responsável, agendávamos o retorno na tarde seguinte, a fim de realizar a entrevista. Infelizmente não pude fazer duas entrevistas

previamente agendadas, porque as adolescentes, mesmo não tendo completado o período preconizado de internação (48 horas para parto normal e 72 horas para parto Cesário) receberam alta hospitalar.

A cada entrevista agendada, confirmava no prontuário o dia do parto para ter certeza se deveria retornar na tarde seguinte ou aguardar o dia subsequente. Em duas outras ocasiões precisei esperar cerca de duas horas para colher o depoimento previamente agendado, uma vez que cheguei à unidade com o horário de visitas (14hs) iniciado.

Cabe destacar que não só durante a realização das entrevistas, mas também durante sua transcrição, sentia-me emocionalmente abalada. Uma vez retornei chorando para casa, ao relembrar, durante o percurso, a entrevista de fada Iris e de tudo que ela já tinha vivenciado em tão pouco tempo de vida. Experimentei a mesma sensação quando terminei a transcrição do relato de fada Arifa, pois não sei se ela conseguirá reverter a distância de seus pais a partir da conclusão de seus estudos.

1.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

O processo analítico adotado neste estudo foi a Análise temática, técnica utilizada simultaneamente com as entrevistas. Reproduzimos aqui trechos da obra de autores sobre esta metodologia.

Concomitante as transcrições das entrevistas, inicia-se a análise dos relatos, pois este procedimento facilita a avaliação do procedimento metodológico, possibilitando ao pesquisador realizar ajustes e redirecionar seu caminho caso seja necessário. (SPINDOLA; SANTOS, 2003, p.125)

Entretanto, o procedimento básico, se baseia em identificar a partir das transcrições das entrevistas os conteúdos ou tópicos mais freqüentes que emergem

do discurso dos sujeitos, os quais foram, posteriormente, agrupados em categorias de análise ou núcleos temáticos. (SANTOS *et al.* 2004. p.238)

A finalidade de realizarmos a análise de uma entrevista biográfica é explicar as informações e os significados contidos nas mesmas. A maioria dessas informações e significados não aparecem em uma primeira leitura, todavia, a experiência nos mostra que as informações surgem no transcorrer das leituras. Cada leitura “revela” novos conteúdos semânticos. (BERTAUX, 2005.p.90)

O verdadeiro centro da entrevista etnosociológica está no “momento” da análise comparativa. De fato, mediante a comparação dos dados obtidos em diferentes frentes, e em particular acerca de distintos “casos” (aqui os relatos de vida), elabora-se progressivamente no espírito do investigador ou da equipe um modelo – primeiro um pouco grosseiro e permeado de suposições iniciais, depois cada vez mais preciso e rico em formulações sociológicas acerca de “como acontece isso” no objeto estudado. (BERTAUX, 2005.p.103)

A fim de realizar a análise do material transcrito iniciei a leitura flutuante com leituras sucessivas dos discursos das entrevistadas. O objetivo foi impregnar-me do discurso das adolescentes, com o objetivo de agrupar os assuntos emergentes por aproximação, o que só foi possível após sucessivas leituras. À medida que realizava as leituras, concomitantemente, realizei a técnica de marcação com hidrocor colorida das unidades temáticas. Foi do movimento dessa codificação que emergiram 63 unidades temáticas. Após a codificação realizei nova leitura das entrevistas na íntegra, comparando as unidades temáticas, buscando não só a possibilidade de descobrir novos temas, mas a maneira de construir os agrupamentos das unidades temáticas que emergiram. Após este movimento cheguei a quatro agrupamentos, que foram denominados re-codificação. Após a

realização do agrupamento e de nova leitura, duas grandes categorias de síntese emergiram e deram origem às seguintes categorias analíticas:

- A adolescente e suas estruturas familiares e sociais.
- A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às DST.

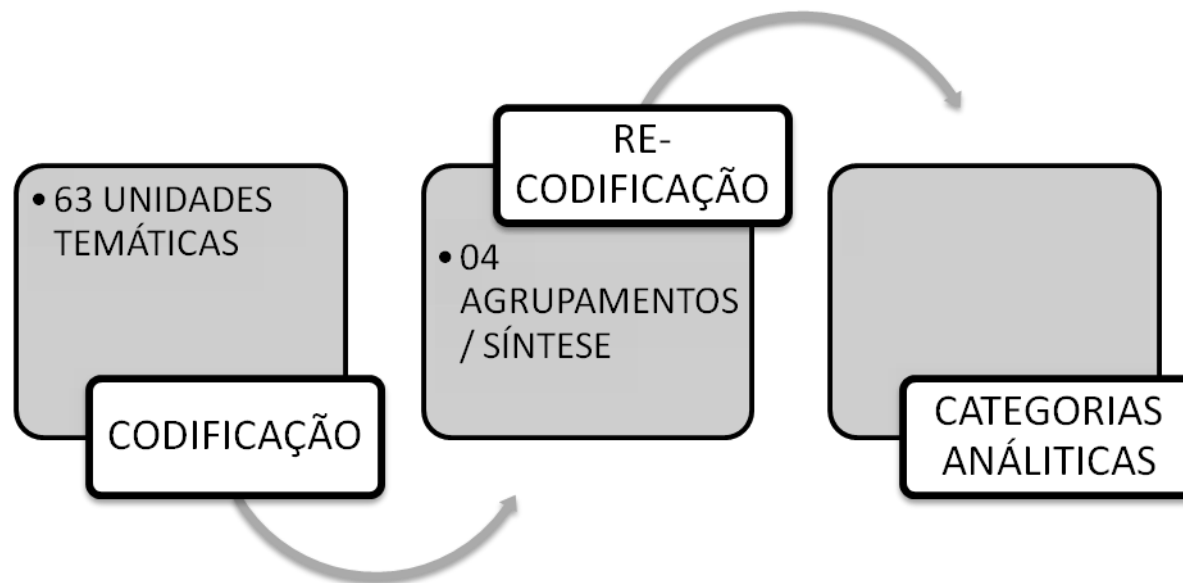
UNIDADES TEMÁTICAS

- ✓ 1ª experiência sexual / Perda da virgindade
- ✓ Aproximação / Conhecimento do Parceiro sexual
- ✓ Ajuda / Apoio do companheiro
- ✓ Relação Familiar *versus* gravidez
- ✓ Estudo *versus* Maternidade
- ✓ Maternidade
- ✓ O uso do contraceptivo
- ✓ O não uso do contraceptivo
- ✓ A não utilização dos preservativos na união que as adolescentes concebem como estável
- ✓ AIDS como DST / uso da camisinha
- ✓ Informações sobre o uso do preservativo para prevenção de doenças e gravidez
- ✓ A mãe como orientadora
- ✓ A mãe como orientadora quanto à gravidez / DST
- ✓ A mãe como orientadora quanto à menarca
- ✓ A relação entre a sexualidade das adolescentes e seus pais (cumplicidade da mãe e não aceitação da sexualidade pelo pai)
- ✓ A relação do “ficar” (relação sexual)
- ✓ Gravidez desejada
- ✓ A resistência do parceiro ao uso do preservativo
- ✓ A fidelidade sexual como garantia para não utilização do preservativo
- ✓ A descoberta da gravidez pela adolescente
- ✓ O abortamento espontâneo
- ✓ Religião
- ✓ Violência institucional
- ✓ Parceiro mais velho
- ✓ Solicitação de consentimento para namorar adolescente
- ✓ Qualidade das informações prestadas às adolescentes acerca da prevenção nas escolas
- ✓ Abuso sexual /violência física
- ✓ Cumplicidade feminina da iniciação sexual
- ✓ Adolescente enganada pelo parceiro
- ✓ Tentativa e / ou desejo de abortar
- ✓ Pré-natal
- ✓ Conflitos familiares

- ✓ Complicações gestacionais
- ✓ Complicações pediátricas
- ✓ Ausência materna
- ✓ Desinteresse sexual
- ✓ Uso de drogas
- ✓ Ausência Paterna
- ✓ Submissão feminina
- ✓ Adolescente rejeitada pelos pais / família
- ✓ Gravidez associada à ruptura de sonhos (estudo, emprego)
- ✓ Adolescente descobrindo-se portadora de DST
- ✓ Multiplicidade de parceiros
- ✓ Transmissão vertical
- ✓ Sentimento de culpa da adolescente pela transmissão vertical
- ✓ Adolescente expressa carência afetiva
- ✓ Presença da morte
- ✓ Não entendimento do resultado do exame VDRL do marido
- ✓ Desejo de sair do hospital / retorno ao convívio familiar
- ✓ Avó assumindo os cuidados do RN
- ✓ Pensamento mágico
- ✓ Pressão do companheiro para abortar
- ✓ Despreparo para assumir a maternidade
- ✓ Falta de orientação materna
- ✓ Pílula do dia seguinte
- ✓ Falta de recurso para atendimento adequado
- ✓ Comparação entre preferir uma gestação a uma DST
- ✓ Tema sexo/ Relação Sexual
- ✓ Alta à revelia
- ✓ Qualidade das informações prestadas pela mídia / Campanhas
- ✓ Gravidez desejada pelo parceiro
- ✓ Adolescente informou nada / pouco saber sobre DST / AIDS
- ✓ Qualidade dos serviços / Informações prestadas a adolescentes no cenário hospital / Posto de Saúde

UNIDADES TEMÁTICAS			
1	1ª experiência sexual / Perda da virgindade	22	Religiosidade
2	Aproximação / Conhecimento do Parceiro sexual	23	Violência Institucional
3	Ajuda / Apoio do companheiro	24	Parceiro mais velho
4	Relação Familiar <i>versus</i> gravidez	25	Solicitação de consentimento para namorar adolescente
5	Estudo <i>versus</i> Maternidade	26	Qualidade das informações prestadas às adolescentes sobre a prevenção nas escolas
6	Maternidade	27	Abuso sexual / violência física
7	O uso do contraceptivo	28	Cumplicidade feminina na iniciação sexual
8	O não uso do contraceptivo	29	adolescente enganada pelo parceiro
9	A não utilização dos preservativos na união que as adolescentes concebem como estável	30	Tentativa e / ou desejo de abortar
10	AIDS como DST / uso da camisinha	31	Pré-natal
11	Informações sobre o uso do preservativo para prevenção de doenças e gravidez	32	Conflitos familiares
12	A mãe como orientadora	33	Complicações gestacionais
13	A mãe como orientadora quanto à gravidez / DST	34	Complicações pediátricas
14	A mãe como orientadora quanto à menarca	35	Ausência materna
15	A relação entre a sexualidade das adolescentes e seus pais (cumplicidade da mãe e não aceitação da sexualidade pelo pai)	36	Desinteresse sexual
16	A relação do "ficar" (relação sexual)	37	Uso de drogas
17	Gravidez desejada	38	Ausência Paterna
18	A resistência do parceiro ao uso do preservativo	39	Submissão feminina
19	A fidelidade sexual como garantia para não utilização do preservativo	40	Adolescente rejeitada pelos pais / família
20	A descoberta da gravidez pela adolescente	41	Gravidez associada a ruptura de sonhos (Estudo, emprego)
21	O abortamento espontâneo	42	Adolescente descobrindo-se portadora de DST
		43	Multiplicidade de parceiros
		44	Transmissão vertical
		45	Sentimento de culpa da adolescente na transmissão vertical
		46	Adolescente expressa carência afetiva
		47	Presença da morte
		48	Não entendimento do resultado do exame VDRL do marido
		49	Desejo de sair do hospital / retorno ao convívio familiar
		50	Avó assumindo os cuidados do RN
		51	Pensamento mágico
		52	Pressão do companheiro para abortar
		53	Despreparo para assumir maternidade
		54	Falta de orientação materna
		55	Pílula do dia seguinte
		56	Falta de recurso para atendimento adequado
		57	Comparação entre preferir uma gestação que uma DST
		58	Tema sexo / Relação Sexual
		59	Alta à revelia
		60	Qualidade das informações prestadas pela mídia / Campanhas
		61	Gravidez desejada pelo parceiro
		62	Adolescente informou nada / pouco saber sobre DST e AIDS
		63	Qualidade dos serviços / Informações prestadas a adolescentes no cenário hospital / Posto de Saúde

AGRUPAMENTOS / SÍNTESE			
1 . Maternidade / Conflitos Familiares		2 . Direitos Sexuais e reprodutivos / Sexualidade	3. Violência Gênero / Violência Institucional
4	Relação Familiar <i>versus</i> gravidez	1	1ª experiência sexual / Perda da virgindade
5	Estudo <i>versus</i> Maternidade	2	Aproximação / Conhecimento do Parceiro sexual
6	Maternidade	7	O uso do contraceptivo
12	A mãe como orientadora	8	O não uso do contraceptivo
13	A mãe como orientadora quanto a gravidez / DST	9	A não utilização dos preservativos na união que as adolescentes concebem como estável
17	Gravidez desejada	10	AIDS como DST / uso da camisinha
20	A descoberta da gravidez pela adolescente	11	Informações sobre o uso do preservativo para prevenção de doenças e gravidez
21	O abortamento espontâneo	15	A relação entre a sexualidade das adolescentes e seus pais (cumplicidade da mãe e não aceitação da sexualidade pelo pai)
30	Tentativa e / ou desejo de abortar	16	A relação do "ficar" (relação sexual)
31	Pré-natal	18	A resistência do parceiro ao uso do preservativo
32	Conflitos familiares	19	A fidelidade sexual como garantia para não utilização do preservativo
33	Complicações gestacionais	24	Parceiro mais velho
34	Complicações pediátricas	28	Cumplicidade feminina na iniciação sexual
41	Gravidez associada a ruptura de sonhos (Estudo, emprego)	36	Desinteresse sexual
49	Desejo de sair do hospital / retorno ao convívio familiar	39	Submissão feminina
50	Avó assumindo os cuidados do RN	42	Adolescente descobrindo-se portadora de DST
51	Pensamento mágico	55	Pílula do dia seguinte
52	Pressão do companheiro para abortar	58	Tema sexo / Relação Sexual
53	Despreparo para assumir maternidade		
54	Falta de orientação materna		
			23
			27
			29
			56
			59
			61
			63
			4. Vulnerabilidade à DST
			26
			37
			43
			44
			45
			48
			57
			60
			62



CATEGORIAS ANALÍTICAS	
•	A ADOLESCENTE E SUAS ESTRUTURAS FAMILIARES E SOCIAIS.
•	A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA VULNERABILIDADE AS DST.

Capítulo 4

ANÁLISE DOS RELATOS

A ADOLESCENTE E SUAS ESTRUTURAS FAMILIARES E SOCIAIS

A História de Vida da maioria das adolescentes deste estudo revela que elas pertencem às camadas menos favorecidas da sociedade e têm baixa escolaridade. Deste modo, todas podem ser consideradas vulneráveis socialmente sob o prisma da escolaridade e do poder econômico.

No plano social, a vulnerabilidade é avaliada sob os seguintes aspectos: o acesso à informação, quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais, acesso e qualidade dos serviços de saúde, aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos específicos. No caso específico da mulher e da (o) adolescente, o grau de liberdade de pensamento. A vulnerabilidade social, portanto, aumenta na medida em que diminui a possibilidade desse sujeito se fazer ouvir acerca de suas necessidades nas diversas esferas decisórias. Isso depende do grau de prioridade política (e econômica) dada à saúde e das condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, dentre outros. (AYRES *et al*, 2003. p.125)

Todas as depoentes do estudo tinham baixa escolaridade. Das 32,6% (04) que cursaram o ensino médio, apenas 16,3% (02) conseguiram completá-lo e 16,3% (2) não o concluíram. No tocante ao ensino fundamental, 32,6% (04) completaram o 1º segmento do 1º grau e 8,3% (01) não. O prontuário de 16,3% (02) das depoentes não apresentava referência a escolaridade e 8,3% (01) relatou ser analfabeta.

Os relatos de vida das adolescentes apontam para contextos familiares bastante diversificados. Das 12 adolescentes entrevistadas, 58,33% (7) eram filhas de pais separados, 16,67% (2) tinham pais casados, 25% (3) tiveram padrasto, 16,67% (2) das adolescentes que conviveram com padrasto desconheciam seu pai biológico, 16,67% (2) foram criadas pelas avós e uma (8,33%) não fez menção de sua família durante todo o decorrer de seu relato.

Esses dados evidenciam que os padrões familiares têm sofrido modificações significativas ao longo dos últimos anos. Por definição, segundo Ferreira (1999), família é uma comunidade constituída por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial, e pelos filhos nascidos dessa união.

A família é considerada uma unidade dinâmica, que tem uma identidade própria constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade. Esses membros se percebem como família e convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida. Os membros da família têm, criam e transmitem crenças, valores e conhecimentos. São detentores de direitos e responsabilidades e desenvolvem uma estrutura e uma organização próprias. Estabelecem objetivos de vida e interagem entre si e com outras pessoas e grupos, em diferentes níveis de aproximação. A família está inserida em um determinado contexto físico, sócio cultural e político, influenciando e sendo por ele influenciado. (ELSEN *et al*,2001. p.93)

Segundo Maciel (2006.p.98), a vida contemporânea sofreu transformações significativas com novas formas de composição familiar. O núcleo atualmente é reduzido em número de filhos e agregados, como parentes e vizinhança. O aumento das separações entre os casais levam os filhos a morar com um dos pais ou com o novo parceiro de um de seus pais. Há também o aumento de mães solteiras que,

muitas vezes, encarregam-se do sustento da família e os novos papéis atribuídos aos avôs.

Na pesquisa aqui descrita a maior parte das depoentes era proveniente de núcleos familiares diversificados no que diz respeito à composição de seus membros. Independente do tipo de núcleo familiar, grande parte destes grupos não era coeso, pois foi possível identificar, ao longo das Histórias de Vida das adolescentes, os mais diversos tipos de conflitos e violência.

Arifa e Benfana, por exemplo, foram criadas desde muito cedo por suas avós, já que as mães de ambas buscavam melhorar a situação financeira procurando emprego fora de suas cidades de origem.

[...] Conviver com a minha mãe eu nunca convivi [...] eu vim conhecer ela [...] eu tava com [...]. é [...] uns 9 anos, aí conheci ela, gostei assim dela, né, mas [...] não senti aquele amor [...] que é pra sentir por uma mãe [...]
(Fada Arifa, 18 anos)

[...]ela foi morar sem mim, foi morar longe, quando eu era criança, então [...] eu sou adolescente hoje, ela não sabe muito o que é ter uma filha adolescente hoje, sabe [...] eu fui criada pela minha avó [...]
(Fada Befana, 17 anos)

Para a família pobre que convive com dificuldades, muitas vezes até pontuada pela fome e pela miséria, a casa representa um espaço de privação, de instabilidade e de esgarçamento dos laços afetivos e de solidariedade, explica Gomes & Pereira (2006.p.359)

Apesar de ter sido criada por sua mãe, a fada Aril, em seu relato, deixa claro que o convívio de ambas é escasso, visto que sua mãe necessita trabalhar para o sustento de ambas.

[...] minha mãe trabalha [...] trabalha praticamente o dia todo, a madrugada toda [...]
(Fada Aril, 13 anos)

O mesmo autor aprofunda a questão: De uma forma ou de outra as adolescentes deixam transparecer, durante todo o decorrer de seus relatos o quanto se ressentem da ausência materna. O ser humano necessita da presença de sua família como base de sustentação. É este suporte que permite ao indivíduo trabalhar a questão da segurança, do amor e da proteção. A perda ou o rompimento dos vínculos produz sofrimento e leva o indivíduo à descrença de si mesmo, tornando-o frágil e com baixa auto-estima. (GOMES; PEREIRA, 2005. p.360)

Já Avanci et al (2007.p.2) sublinha que independente da composição familiar ou da cultura em que a (o) adolescente viva, o tipo de relacionamento familiar desempenha fundamental importância na estruturação psíquica do indivíduo.

Arifa durante todo seu relato deixa claro que sua avó ao longo dos anos lhe dispensou muito amor e cuidados. Entretanto, a lacuna deixada pela ausência materna ficou bem evidenciada. Durante seu relato, Arifa contou que veio a conhecer seu pai quando já tinha 11 anos, dois anos depois de ter conhecido a mãe. A adolescente relatou que se relaciona melhor com seu pai e questionou o fato de sua mãe após estabilizar-se financeiramente, nunca tê-la procurado para ajudá-la materialmente, uma vez que sua avó mora de aluguel e não tem condições de proporcionar-lhe muito mais do que já faz. O grande desejo da adolescente é graduar-se em Educação Física, pois ela acredita que, desta forma, será motivo de orgulho para seus pais.

Benfana também passou pela mesma experiência bem cedo. A mãe foi trabalhar na Região dos Lagos e a adolescente ficou sob os cuidados de sua avó. Ela contou ter passado por um período depressivo atribuído a um namoro mal sucedido quando ainda era muito “nova”. Por conta desta depressão, a adolescente relatou que, quando se desentendia com sua mãe, desejava “dormir muito” e tomava

vários comprimidos de sua medicação antidepressiva. Numa dessas ocasiões, ingeriu um número excessivo de comprimidos e foi encontrada desmaiada no banheiro por sua avó. Benfana relatou ainda que sob o argumento de auxiliar a terapia, sua mãe a convenceu e, mesmo contrariada, Benfana foi morar com ela e seu novo marido. A experiência, no entanto, não deu certo e ela se sentia muito só porque a mãe se ausentava durante os dias úteis por causa do trabalho, e nos finais de semana, quando viajava com o marido.

Com relação à orientação materna, Aril, em seu relato, deixou entrever que sua mãe a orienta como pode, mas não dispõe de muito tempo para conviver com sua filha de apenas 13 anos, no momento em que a adolescente continua necessitando de sua presença. Aril não deixa claro se o convívio das duas sempre ocorreu desta maneira. Durante todo seu período de internação, no entanto a adolescente foi acompanhada pela mãe de seu namorado, que fazia questão de identificar como sua sogra.

Independente das estruturas e / ou composição familiar das adolescentes entrevistadas, algumas de nossas depoentes relataram que presenciaram, ao longo dos anos, conflitos familiares que, muitas vezes, também foram acompanhados de agressões físicas, conforme os relatos aqui reproduzidos:

[...] desde criança, meu pai e minha mãe brigavam muito. [...] brigavam muito, de [...] é [...] se agrediam um ao outro [...] então eu vi muito isso [...] agressão, e [...] até às vezes quando meu pai ia bater na minha mãe, eu [...] eu interferia. [...] entendeu [...]

(Fada Fylgiar, 18 anos)

[...] porque ele batia muito na minha mãe [...] ... [...] ele era da igreja e ainda batia na minha mãe [...]

(Fada Anna, 19 anos)

Muito embora estivessem apenas iniciando suas trajetórias de vida, essas adolescentes foram impelidas a compreender, de forma inesperada, o universo que

as circundava. O fato da Fada Fylgiar ter presenciado e interferido, por vezes, nas brigas de seus pais, seguramente deixou, além das lembranças, algumas seqüelas. Sabemos que as experiências vivenciadas em famílias não estruturadas prejudicam os filhos, notadamente as (os) adolescentes. A fada Anna, por exemplo, explicitou em seu relato a incoerência existente entre as atitudes e a religiosidade de seu padrasto.

Para Ayres, as (os) adolescentes podem ser apontadas como um segmento populacional de elevada vulnerabilidade. O autor destaca, entre os vários aspectos que acentuam essa vulnerabilidade, a chamada desagregação familiar (na acepção ampla do conceito): falta de referência, baixa estimulação intelectual e afetiva, favorecimento da baixa auto-estima, exposição à violência. (AYRES, 1996. P.21)

Já Deslandes destaca que a função essencial da família é apoiar e proteger seus filhos. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário que o núcleo familiar esteja emocionalmente equilibrado. (DESLANDES *et al*,2006.p.45)

A Fada Fylgiar, em seu relato, contou que seus pais se separaram quando ela tinha apenas seis anos e que presenciou, neste período, muitas discussões “vi muita coisa que criança não deve ver”- lembrou. A adolescente demonstrou tristeza ao recordar o dia a dia com os pais. Por conta da instabilidade de seu núcleo familiar, Fylgiar foi obrigada a morar com sua avó e uma tia. Devido a tudo que vivenciou em sua infância, a adolescente afirmou que tinha receio de passar pelas mesmas experiências vivenciadas pelos pais.

Fada Anna relatou desconhecer seu pai biológico e que sua mãe foi morar com seu padrasto quando a adolescente tinha apenas três meses. Anna só se referiu aos conflitos familiares uma única vez. Na ocasião contou que sua mãe chegou a se separar de seu padrasto, com quem teve seis (6) outros filhos,

reconciliando-se após um período de três anos. A adolescente contou que durante o período da separação, sua mãe conviveu maritalmente com outra pessoa, mas não deu mais detalhes sobre esse relacionamento. Anna relatou ainda que morou com o filho de seu padrasto, que vem a ser pai de sua primeira filha, durante um ano e meio e vivenciou as mesmas agressões físicas que, na infância, vira sua mãe sofrer.

Das adolescentes entrevistadas, nove (9) tinham companheiro, ainda que algumas delas tenham presenciado situações desfavoráveis em seus núcleos familiares e/ou tenham elas mesmas, em alguns casos, vivenciado situações similares com seus próprios companheiros em algum momento de suas vidas.

[...] O meu pai [...] eu nunca fui muito ligada com ele, ele se separou da minha mãe, quando eu tinha 8 anos, então nunca foi aquele pai que estava presente na minha vida, que eu tinha que dar satisfação de tudo [...]

(Fada Aine, 19anos)

[...]Porque os meus pais não se davam bem [...] então eu sempre achei aquilo assim [...] eu não quero isso prá mim, por que eu realmente, eu vi [...] eu vi muita coisa que não devia ver criança, eu acho assim [...] quando um pai e uma mãe querem discutir, eu acho que tem que ir lá prá fora, “deixá” a criança dentro de casa. [...] ou então discutir em outro lugar, em outra ocasião, sem a criança ver [...] entendeu. Por que isso interferiu muito na minha vida, e eu sempre tive medo de arranjar uma pessoa que [...] pudesse fazer a mesma coisa comigo, entendeu. Por isso que [...] eu me privei de muitas coisas, entendeu. Por isso. Por saber [...] é [...] por ver minha mãe, apanhando do meu pai e eu tinha me ferrado [...]

(Fada Fylgiar, 18 anos)

Essas adolescentes foram criadas sem muitas perspectivas de vida e, por isso, acabam vislumbrando, como única alternativa, a busca por um companheiro. Esta busca pode significar para as adolescentes o resgate daquela que vem a ser a principal lacuna de suas vidas: a falta da presença paterna, sinalizada pela maioria delas. O companheiro também pode significar a melhoria de suas condições de vida.

Os relatos das fadas Aine e Fylgia traduziram bem a percepção que elas têm da figura paterna e de suas ações. Aine, por exemplo, não teve a presença efetiva

do pai durante a infância e, por isso, entendia não lhe dever obediência nem satisfações. Aine, no entanto relatou ter um bom relacionamento com seus familiares que, nos últimos tempos, uniram-se devido às dificuldades de saúde enfrentadas por sua mãe, acometida por um câncer. Seguramente o deteriorado relacionamento desta adolescente com o pai vai comprometer sua convivência social no futuro, dificultando sua interação com o meio e a aceitação das normas pré - estabelecidas na sociedade.

Já Fylgiar destacou que as brigas freqüentes dos pais marcaram sua infância, razão pela qual seu relacionamento com o pai até hoje é conflituoso. Seu depoimento deixa entrever como os primeiros anos de vida são importantes na formação e na conduta do indivíduo no futuro. A adolescente declarou, por exemplo, que seu parceiro é bem mais velho do que ela. Provavelmente, esta foi a maneira inconsciente que a adolescente buscou para substituir a figura paterna. Identificamos também no relato a submissão dela ao companheiro. Mantive contatos freqüentes com a mãe da adolescente e observei que ela era uma senhora bastante religiosa e submissa. Confrontando o relato de vida da Fada Fylgiar com seus antecedentes familiares, depreende-se que a adolescente, aqui no caso, reproduz o mesmo comportamento submisso da mãe.

Chodorow (1979, p.73) refere que existe um contraste entre o desenvolvimento da identidade sexual de meninos e meninas. Mais importantes, as atividades do papel feminino e a feminilidade são imediatamente compreensíveis em seu cotidiano. Seu papel final de identificação é com sua mãe e com as mulheres, isto é, com a pessoa ou pessoas com as quais a menina teve os primeiros vínculos de dependência infantil.

Na presente pesquisa, as Histórias de Vida das mães de algumas das adolescentes entrevistadas foram marcadas por agressões físicas por parte de seus parceiros. Essa situação se repetiu com algumas das depoentes em certos momentos de suas vidas com seus próprios parceiros.

[...] Eu morei com ele. A gente morava lá na Cidade Deus. Não sei se você conhece [...] morei lá. Sofri o pão que o diabo amassou na mão dele, que ele me batia [...] começou a me bater [...]

(Fada Anna, 19 anos)

[...] quando ele bebe, assim [...] perde a cabeça [...] bate [...] aí então, eu “preferi ficá” no abrigo, pegô [...] porque [...] todo dia se “chegá” “bêbo” em casa, eu “apanhá” [...] não “dá” certo [...] aí [...] ele [...] só quando tá trabalhando “mêrmo”, que ele [...] não perde a cabeça [...] mas chega em casa “bebo”, já quer batê [...]

(Fada Iris, 17 anos)

A violência contra a mulher adulta e/ou adolescente independe da camada social a qual ela pertence e ainda é vista sob o prisma da banalidade. Muitas vezes o medo, a vergonha e o silêncio imperam. Este último exerce o papel mediador e separa o mundo privado (casa) da sociedade (rua).

A questão da violência doméstica foi abordada por diversos autores. Para Taquette et al (2003, p.1441) a violência observada entre os pais é igualmente um modelo que os filhos tendem a repetir, principalmente quando o fenômeno está associado ao alcoolismo.

A mesma autora assinala que a cidade do Rio de Janeiro apresenta altos índices de violência em especial contra adolescentes. A violência contra a mulher é de caráter menos letal, sendo mais velada e, conseqüentemente, mais difícil de ser vista. (TAQUETTE et al, 2007. p.16)

Já Rocha abordou o tema do ponto de vista sócio econômico. Para ele, a abordagem da violência de gênero possui sempre dois personagens: de um lado, uma mulher que sofre e é humilhada: do outro, um homem, provavelmente seu

parceiro. Tipicamente, esse casal é pobre e compartilha níveis de escolaridade baixos. Culturalmente, são identificados pela fidelidade da mulher e pela honra do homem. (ROCHA, 2007. p.93)

A fada Anna referiu que aceitou morar com seu primeiro parceiro após descobrir que estava grávida de sua primeira filha. A adolescente relatou que conviveu maritalmente com seu parceiro durante um ano e meio, tendo sofrido bastante ao longo da convivência. Após essa experiência, separou-se e arrumou um emprego.

A fada Iris não teve a mesma sorte: apesar de ter engravidado para satisfazer um desejo de seu parceiro, passou a sofrer agressões. Ela preferiu retornar para o abrigo municipal e não procurou seus familiares porque eles responsabilizavam a adolescente pelo fato de sua mãe, já falecida, ter adquirido o vírus HIV. A fada Íris relatou também que seu parceiro move uma ação na justiça contra a adolescente para obter a guarda de seus filhos.

A gestação, aliás, é entendida por algumas adolescentes pesquisadas como o episódio que desencadeou conflitos entre elas e seus familiares.

[...] Porque eu tinha muita “aporrinhação” em casa, entendeu? Era minha família sempre jogando na minha cara [...] que eu tava grávida, que não era pra mim arrumar [...] arrumar [...] que eu não podia arrumar filho [...] Minha tia jogava isso na minha cara [...]

(Fada Deive, 17 anos)

[...] por causa da [...] da [...] gravidez, e ele sempre foi. [...] Nunca me rejeitou nada não, pelo contrário, ele não queria nem que eu fosse embora [...] que eu fosse embora da casa dele, pra morar com o pai deles[...]Ih! Foi uma confusão pra mim [...] Que ele não queria que eu fosse [...] Meu marido queria me levar e ele não queria “deixá [...]

(Fada Titania, 17 anos)

A gravidez inesperada de uma adolescente pode desencadear conflitos intrafamiliares dos mais diversos. A consequência mais frequente é a expulsão da adolescente do seio familiar, uma vez que muitos responsáveis transferem para o

parceiro dela, que na maioria das vezes não tem capacidade para assumir o papel de provedor, a responsabilidade de cuidar da menina. Porém, à medida que a notícia da gravidez passa a ser assimilada pela família da adolescente, sua gestação, em alguns casos, passa a ser um elo mais forte entre os familiares.

Motta *et al* (2004:253) destacam que o nascimento inesperado de uma criança, nessa fase, gera uma alteração radical na vida da adolescente e provoca um transtorno no cotidiano da família.

Dadoorian acrescenta um aspecto importante que deve ser enfatizado: a repetição da maternidade na adolescência. Este fenômeno é verificável nas histórias das famílias que tiveram adolescentes grávidas, pois em muitos casos, a mãe da adolescente, ou mesmo sua (s) irmã (s) também teve (tiveram) filho na adolescência. (DADOORIAN, 2000. p.151)

Ao mencionar as brigas ocorridas no período de sua gestação, Fada Deive não consegue conter a emoção durante o depoimento e chora, acalmando-se aos poucos. A adolescente atribuiu às brigas o fato de “quase ter perdido seu filho com sete meses”. Deive nos contou que no mesmo período de sua gestação, sua prima, também adolescente, engravidou. Como nossa depoente engravidou primeiro, sua tia a culpava pela gestação da prima. Deive mencionou ter uma irmã mais velha, que era noiva. Segundo a adolescente, sua irmã e o noivo estavam sempre brigando e, às vezes, ele ameaçava sua irmã. A adolescente relatou, com certa mágoa, que por diversas vezes saiu em defesa de sua irmã, mas, nestas ocasiões, ela (a irmã) inexplicavelmente defendia o noivo.

Fada Titania relatou que, a princípio, o relacionamento que manteve com um rapaz que conheceu quando ainda “eram pequenos”, não era “muito sério”. Segundo a adolescente, eles tinham que namorar escondido porque seu pai não permitia que

ela namorasse em casa. Mas, quando soube da gravidez da filha, o pai permitiu que ela continuasse a residir na casa paterna para dar continuidade aos seus estudos. Aqui, no caso, a adolescente, como é freqüente, não foi expulsa.

De acordo com Gomes & Pereira, a família integra o universo de experiências (real e/ou simbólica) dos seres humanos no decorrer de sua história. Família remete a lembranças, emoções, sentimentos, identidade, amor, ódio, enfim, um significado único para cada indivíduo que, como ser biopsicossocial, encontra-se inserido no seu meio ambiente, integrado à cultura e a seu grupo social. (GOMES; PEREIRA, 2005. p.358)

Outro tipo de violência vivenciada por algumas de nossas depoentes, e que veio à tona em seus relatos, foi a violência sexual e de gênero. As fadas Anna, Deive e Iris foram obrigadas, inclusive sob ameaças, a praticar sexo.

[...] ele tentava sim, mas ele não botava nada não [...] ele só alisava [...] e me ameaçava porque ele batia muito na minha mãe [...] ele falava: “Se tu falar eu vou bater na tua mãe” [...] Um belo dia, minha mãe acordou e viu [...] (Fada Anna, 19 anos)

[...] Não [...]a gente tenta, se você não quiser eu paro. Aí eu falei: - Ah, então tá bom, até aí tudo bem [...] Aí começou a tentar, sendo que quando [...] tava chegando aos finalmente, eu falei pra ele: - Não quero [...] para que eu não quero. [...] Sendo que ele [...] sabe, ele foi bruto [...], fingiu que não tava me escutando e pegou e tirou minha virgindade [...] (Fada Deive, 17 anos)

[...] Meu irmão, quando eu era pequena [...] ele “tento abusá” de mim [...] porque, aonde que a gente morava [...] com a minha mãe [...] era muito deserto, aí [...] a minha mãe não acreditava “ni mim” [...]eu falava: “- mãe, o meu irmão tá tentando ‘passá` a mão ‘ni mim [...] aí a minha sorte que o moço viu [...] e [...] o [...]o esposo dela lá, que ela arrumou, viu e [...]e falou com ela:”- Não, ele tá tentando “abusá” dela toda noite, ele vai lá na cama dela [...] e eu já reparei [...] “. Mas ela “mêrmo” assim não quis acreditar, e até que uma hora ela viu “mêrmo”, ele vindo “abusá” de mim, aí vieram os caras lá de onde que a gente morava e bateram nele [...] bateu nele e hoje em dia, diz que foi ele que matou minha mãe [...]

(Fada Iris, 17 anos)

A violência sexual é cercada pelo medo, vergonha e descrédito dispensado à vítima, seja ela uma adolescente ou uma mulher adulta. Na maioria dos casos de

abuso sexual contra adolescentes, o agressor é do sexo masculino e pessoa conhecida, conforme levantamos entre nossas depoentes. Nestes casos, a adolescente fica mais exposta a contrair uma DST ou até mesmo engravidar. Independente de como a adolescente foi submetida a esta violência, a experiência, com certeza, marcou cada uma das meninas. Destacamos que, em nenhum dos três casos relatados, nenhuma denúncia oficial foi formulada contra os agressores das adolescentes. Isso pode estar associado aos fatores acima citados (medo, vergonha e descrédito). São eles, em última instância, os responsáveis pelo aumento dos índices de subnotificação dos casos de violência contra a mulher e a adolescente em nosso país.

Reproduzimos aqui três trechos de autores que trabalham a questão da violência sexual e suas implicações: Para a vítima de violência sexual, tal ato pode trazer diversas conseqüências, tanto imediatas, como em longo prazo. Sendo a vítima uma criança e/ou adolescente, o ato é considerado mais grave pelo fato de as vítimas se encontrarem em uma fase importante do seu desenvolvimento. (OLIVEIRA, 2002. p.12)

No Brasil, estima-se que 165 adolescente ou crianças são vítimas de abuso sexual por dia e uma em cada três ou quatro meninas jovens sofrem abuso sexual antes mesmo de completar 18 anos de idade. (TAQUETTE *et al*,2007. p.17)

A violência sexual é tida como um dos principais preditivos do comportamento sexual de risco, visto que nos relacionamentos violentos não há lugar para a negociação entre os parceiros acerca da utilização do preservativo. (TAQUETTE *et al*,2007. p.36)

Fada Anna, lembrou que os abusos infligidos por seu padrasto contra si foram descobertos pela mãe e esta separou-se mas reconciliou-se após três anos. Anna

contou que, apesar de tudo, já o perdoou e tenta conviver com o padrasto de forma saudável, já que ele é o avô de sua primeira filha. Durante seu relato, a adolescente confessou que perdeu todo o interesse sexual por seu atual marido. Fada Anna questionou se esta frigidez não estaria associada ao parto de seu segundo filho, nascido há pouco tempo.

Já fada Deive mencionou ter tido dificuldade para manter relações sexuais com o pai de seu filho. Apesar de gostar do companheiro, ela disse, em seu depoimento, que levou cerca de três meses até finalmente conseguir. Ao descrever a maneira como perdeu a virgindade, o tom de voz da entrevistada diminuiu e denotou tristeza. A adolescente relatou também que tal fato nunca chegou ao conhecimento de sua mãe e/ou demais familiares. Fada Deive disse a eles apenas que o relacionamento havia chegado ao fim porque o sentimento havia terminado. Sua mãe aceitou a explicação com naturalidade e fez apenas uma recomendação: “dali por diante, não ficar se deitando com qualquer um”.

No caso da fada Iris, as conseqüências da violência sexual sofrida foram mais graves. Ao descobrir as atitudes do irmão da adolescente, sua mãe lançou mão de um recurso muito utilizado nas comunidades mais pobres: denunciou seu próprio filho. A adolescente fez referência “aos caras” que deram uma surra em seu irmão e fizeram justiça com as próprias mãos. Poucos dias depois sua mãe foi encontrada morta por envenenamento e as suspeitas policiais recaíram sobre o irmão, desaparecido deste então.

No caso do relato da fada Deive, identificamos um caso de violência institucional praticada pelo obstetra que realizou a cesárea.

[...] Minha filha, você não ta sentindo dor, ta sentindo o bisturi passar. Eu falei assim: - Não é. Aí ele pegou uma agulha grandona enfiou na minha barriga: - Você ta sentindo dor? Aí eu falei assim: - Não, mas a agulha não é a mesma coisa que um bisturi, falei pra ele. Aí veio no meu braço e enfiou a agulha:- Você ta sentindo dor? Eu

falei assim: - Claro anestesia é daqui pra baixo, não é daqui pra cima
[...] Aí ele pegou e me “corto”, tirou meu filho[...]
(Fada Deive, 17 anos)

O nascimento é um momento especial na vida de qualquer mulher, principalmente quando a mãe é adolescente, porque esta fase da vida é cercada de dúvidas e inquietações. É lastimável, portanto, que esta adolescente tenha sido maltratada por um profissional da área de saúde no momento em que mais necessitava de acolhimento. A comunicação verbal entre a adolescente e o obstetra foi impessoal, fria e desrespeitosa, quando deveria ser permeada pela solidariedade e o respeito devidos a um ser humano e à sua condição de cidadã que têm direitos. O profissional sequer levou em conta o significado e a importância daquele momento para a adolescente. Deixou de considerar também que a cliente, fragilizada física e emocionalmente, precisava de alguém que lhe transmitisse segurança, compreensão, e companheirismo, além de um olhar carinhoso e uma escuta terapêutica. Os depoimentos evidenciam que o profissional da área da saúde deve aprender a ouvir o que as clientes sentem e têm a dizer. Mas não basta simplesmente ouvir: é necessário que a assistência seja planejada a partir de uma escuta atenta para que se possa realmente atender as necessidades da clientela.

A Portaria 569 / Grupo da Mulher (GM), de 01 de Junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Seus princípios e diretrizes preconizam os direitos das gestantes e recém – nascidos. Cabe às autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal garantir seu cumprimento. Suas diretrizes são as seguintes:

- “Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal e que esta seja realizada de forma humanizada e segura.”

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento determina os princípios da atenção que deve ser prestada e estimula estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, proporcionando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade. (BRASIL, 2001. p.5)

A violência institucional é identificada quando há maus tratos por parte do ginecologista ou obstetra: ofensas, julgamentos morais, etc. (TAQUETTE *et al*,2007. p.40)

A enfermagem, por sua vez, tem uma formação acadêmica diferenciada da formação do profissional médico e, portanto, sua prática é mais abrangente do ponto de vista político e assistencial. A atuação do profissional tem um forte enfoque preventivo e educativo, com o escopo de esclarecer a clientela e conscientizá-la de seus direitos e cidadania.

O profissional médico, ao atender a adolescente na unidade hospitalar, não a acolheu devidamente, uma vez que [...] acolhimento envolve ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, alegrias e seus modos de viver, favorecendo a construção de uma relação de confiança entre usuários e as equipes de saúde[...] (BRASIL,2006)

Fada Deive contou que não conseguiu ver seu filho nascer e só tendo “acordou” quando o procedimento cirúrgico estava no fim. A adolescente relata que se desesperou porque não presenciou o parto e achou que o bebê podia ter morrido.

Acalmou-se pouco depois quando sua mãe informou que seu filho não chorou logo ao nascer, mas estava bem e sob observação.

Com base no perfil do universo pesquisado, é possível afirmar que boa parte das entrevistadas tem elevada vulnerabilidade social. Elas conviveram em núcleos familiares desagregados, foram expostas aos mais variados tipos de violência e, por isso, desenvolveram baixa auto-estima.

Ainda assim, Fada Anna, por exemplo, foi violentada pelo padrasto, mas hoje tenta conviver com ele e superar o trauma todo que viveu. A História de Vida desta adolescente, é emblemática: a adolescente vivenciou períodos difíceis com seu primeiro parceiro, separou-se dele e arrumou um emprego para reconstruir sua História. A reconstrução de sua vida já inclui até mesmo um novo relacionamento.

Já o depoimento da fada Deive, evidenciou a fragilidade de uma adolescente que não recebeu apoio no início de sua gravidez. Muito embora tenha enfrentado adversidades durante a gestação, ela demonstrou satisfação com o nascimento do filho. Fada Deive recebeu o apoio da mãe ao longo de sua internação prolongada causada por infecção hospitalar na incisão cirúrgica.

Fada Iris é outro exemplo de tenacidade. Apesar de ter enfrentado muitas dificuldades em sua curta existência, ela demonstra ânimo para brigar na justiça pela guarda de seus filhos, ainda que seu futuro seja tão incerto.

A simples leitura dos depoimentos colhidos, assim, indica que as adolescentes, cada uma à sua maneira e dentro de suas possibilidades, tentam superar a falta de coesão familiar, as violências sofridas, as ausências paternas e maternas e as dificuldades oriundas do baixo poder econômico.

A maneira como as pessoas enfrentam suas dificuldades é objeto da análise de diversos autores. Reproduzimos aqui algumas dessas considerações. Nos

últimos anos a psicologia tem se questionado buscando compreender o fato de que determinadas pessoas têm a capacidade de superar as piores situações, enquanto outras ficam aprisionadas na infelicidade e angústia que se abatem sobre elas. Esta capacidade de superação denomina-se resiliência. (FERREIRA; LEAL, 2006.p.1)

Inicialmente a resiliência foi pensada nas ciências exatas, na física e na engenharia tendo sido definida como a energia de deformação máxima que um material é capaz de armazenar sem que com isso sofra alterações permanentes. (ASSIS *et al* 2006 apud YUNES& SZYMANSKI,2001)

Posteriormente, o termo foi adaptado para as ciências humanas e da saúde, denotando a capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental estabilizar-se durante a vida, mesmo após a exposição a riscos. Exprimindo a habilidade de se acomodar e reequilibrar frente às adversidades. (ASSIS *et al*,2006 p. 10)

Nos últimos 20 anos, o conceito de risco manteve-se confuso, visto que haviam duas idéias diferentes inseridas em uma mesma expressão. Confundia-se o adolescente em “situação de risco” com aquele que demonstrava “comportamento de risco”. Dentro de um quadro de risco e resiliência, os fatores de risco estão menos relacionados às conseqüências do comportamento e mais aos fatores que limitam a probabilidade de sucesso, à medida que se expõe ao risco e focaliza o comportamento propriamente dito. (BLUM, 1997. p.16)

O quadro sinóptico reproduzido a seguir foi confeccionado para correlacionar alguns fatores que possam agir como facilitadores do aumento da vulnerabilidade das adolescentes entrevistadas. Os dados nele contidos apontam alguns fatores que podem funcionar como responsáveis pelo aumento a resiliência das adolescentes a partir de suas Histórias de Vida.

Trabalhamos a questão, assim, a partir dos conceitos de vulnerabilidade e de resiliência, que são opostos, ou seja, quanto mais vulnerável for o indivíduo, menos resiliente ele será e vice-versa. A resiliência é resultante de intervenções de apoio e de amor, as quais perpassam as relações intra e inter-familiares. O aumento ou a diminuição da resiliência dependerá do apoio e do acolhimento dos membros que compõem a rede pessoal e social do indivíduo.

Quadro 3 – Componentes de Risco e Resiliência (BLUM, 1997. p.17)

ADOLESCENTE	FATORES	RISCO	RESILIÊNCIA	VULNERABILIDADE
AINE	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Família numerosa;	- Coesão familiar; - Conexão com pelo menos um dos pais; - União entre irmãos;	- Diminuída
ARIFA	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Ausência de relação mãe-filha positiva;	- Conexão com pelo menos um dos pais;	- Diminuída
ARIL	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Ausência de relação mãe- filha positiva; - Baixo nível de educação materna;		- Aumentada
ÁUREA	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Baixo nível de educação materna;	- Coesão familiar; - Conexão com pelo menos um dos pais;	- Diminuída
TITANIA	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência	- Conexão com pelo menos um dos pais;	- Diminuída
IRIS	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Baixo nível de educação materna; - Desarmonia familiar; - Ausência de relação mãe-filha positiva; - Ambiente familiar caótico; - Família numerosa;		- Aumentada
MAB	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência		- Aumentada
DEIVE	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Desarmonia familiar; - Alto nível de estresse materno;	- Conexão com pelo menos um dos pais;	- Diminuída
DAISY	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência		- Aumentada

BEFANA	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Desarmonia familiar; - Ausência de relação mãe-filha positiva;	- Conexão com pelo menos um dos pais;	- Diminuída
FYLGJAR	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Desarmonia familiar; - Baixo risco de educação materna;	- Conexão com pelo menos um dos pais;	- Diminuída
ANNA	- Familiares	- Baixo poder econômico e financeiro; - Gestação na adolescência; - Baixo nível de educação materna; - Desarmonia; - Família numerosa; - Ambiente familiar caótico; - Ausência de relação mãe-filha positiva;		- Aumentada

(Quadro adaptado de BLUM, 1997)

Os dados aqui alinhados nos remetem a algumas considerações formuladas por alguns autores: A psicologia destaca a importância das relações familiares, principalmente na infância, enquanto vetores fundamentais na formação dos indivíduos, gerando a capacidade destes suportarem crises, bem como superá-las. Neste contexto, a resiliência representa a capacidade concreta dos indivíduos de não só retornarem ao estado natural de excelência, superando suas situações críticas, mas também de utilizá-las em seus processos de desenvolvimento pessoal, sem se abalar negativamente, capitalizando as forças negativas de modo construtivo. (FERREIRA; LEAL, 2006.p.3)

A resiliência encontra-se fundamentada em dois grandes pólos: o da adversidade, o qual é representado pelos eventos de vida desfavoráveis: e o de proteção, o qual aponta para a compreensão das formas de apoio - internas e externas do indivíduo que o conduzem a uma reconstrução singular diante do sofrimento causado por uma adversidade. (ASSIS *et al*, 2006 p. 11)

À medida que a resiliência do indivíduo é potencializada, sua vulnerabilidade vai sendo reduzida e vice-versa. Alguns fatores agem como facilitadores da vulnerabilidade infanto-juvenil, enquanto outros agem de maneira proativa, funcionando como mecanismos de proteção. Um dos fatores essenciais para o desenvolvimento da resiliência é o apoio e o acolhimento pelos membros de sua rede pessoal e social. (FERREIRA; LEAL, 2006.p.4)

Existem três fatores responsáveis pela promoção da resiliência: o modelo do desafio, os vínculos afetivos e o sentido de propósito no futuro. “A aceitação incondicional do indivíduo enquanto pessoa, principalmente por sua família, assim como pelas redes sociais de apoio, permitem o desenvolvimento de condutas resilientes no indivíduo”. (FERREIRA; LEAL, 2006 apud VICENTE, 1996)

No cuidado da (o) adolescente, é essencial que o profissional possua uma “escuta terapêutica” da história do paciente e de seus problemas, a fim de reconhecer e analisar os possíveis sinais que indiquem seu potencial de resiliência. Através desta escuta, o profissional de saúde é capaz de perceber os mecanismos empregados por seus pacientes e familiares na resolução de suas dificuldades e de reforçar aspectos protetores. Contribuindo desta forma com a capacidade de superação de dificuldades das (os) adolescentes. (ASSIS *et al*, 2006 p. 15)

Fica claro, a partir destas considerações, como é importante que os profissionais de saúde introjetem esses conceitos. Só assim vamos nos capacitar para estimular e aumentar a auto-estima de nossas adolescentes e melhorar a resiliência delas. Dessa forma será possível elevar o grau de consciência desta clientela. Mais conscientes, as adolescentes, então terão como se proteger e prevenir contra as gestações não planejadas, as DST e as doenças graves ou fatais como a AIDS.

A enfermagem pode contribuir para aumentar a resiliência das adolescentes atendidas na unidade, prestando os devidos esclarecimentos quanto aos direitos que elas têm enquanto cidadãs. Um deles é a permanência de um dos seus pais e/ou responsáveis, em tempo integral, durante sua internação segundo o disposto no art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O profissional deve esclarecê-las também sobre seu direito de permanecer acompanhada durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema único de Saúde, direito assegurado pela Lei 11.108 de 07/04/05.

É inadmissível, em pleno século 21, que se pense em produzir saúde, discutir todo o processo de trabalho da enfermagem e planejar a assistência das clientes

sem que se dê voz às usuárias do serviço de saúde. Só assim atenderemos seus anseios, desejos, necessidades e, principalmente, seus direitos.

A SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE E SUA VULNERABILIDADE ÀS DST.

A História de Vida de mães adolescentes evidenciou que as mães delas têm dificuldade de falar sobre sexualidade com suas filhas. Não conversam abertamente e, conseqüentemente, não as orientam acerca sobre seguro, até mesmo porque têm dificuldade de admitir que sua filha deixou de ser criança e se transformou em uma mulher. A criação que tiveram seguramente limitou sua compreensão e criou barreiras e constrangimentos.

As adolescentes entrevistadas demonstraram dúvidas, desconhecimentos e deficiência de informação em relação ao tema sexualidade. Sabemos que essa temática é ainda muito complexa de se lidar, visto que, até hoje, envolve preconceitos e tabus.

[...] já pensou quando [...] eu tiver minha primeira relação? "Ela: "lh [...] não fala comigo sobre isso não [...] entendeu [...] ela já falou isso comigo, deixa [...] espera mais um pouquinho [...] não estou preparada prá ouvir isso, entendeu. Ela falava isso [...] então, eu achava chato isso dela, só que eu não entendia que ela não estava preparada [...] prá [...] prá conversar com a filha adolescente, assim, sabe [...]

(Fada Benfana, 17 anos)

[...] Porque tem várias coisas que eu ainda não sei. [...] que [...] não conversam comigo, não falam [...] assim eu não tenho muito essa [...] assim, eu e minha mãe não conversa muito sobre isso, por isso, que eu acho que não tenho muita experiência [...]

(Fada Daisy, 16 anos)

As lacunas existentes na formação destas adolescentes têm em sua origem a pouca informação que suas mães receberam na infância de suas avós.

De acordo com Suplicy, os pais têm dificuldade de conversar sobre sexo com suas (seus) filhas (os). Eles foram educados em outra época, mas não conseguem agir de maneira diferente, muito embora, às vezes, entendam que a educação que

receberam não foi boa e deveria ter acontecido de maneira diferente. (SUPLICY, 1998. p.35)

Fada Benfana, 17 anos, foi submetida a uma wintercuretagem após sofrer um abortamento espontâneo. Ela declarou ter sido criada pelos avós e que não tinha laços afetivos mais estreitos com seus pais. A adolescente disse manter um relacionamento de alguns meses com seu atual namorado e teve apenas um outro namorado antes deste rapaz. Segundo ela o relacionamento anterior “não deu certo” e a adolescente atribui a isso o fato de ter desenvolvido, à época, um quadro depressivo, superado com a ajuda recebida de seu atual namorado. A adolescente informou que seus pais são separados e que sua mãe foi morar fora porque teve uma oportunidade melhor de emprego. A adolescente relatou que quando era mais jovem, seu pai conversava com ela de maneira esporádica sobre sua sexualidade. Mas as conversas só aconteciam quando ele “estava bêbado”. Quando estava sóbrio, acrescentou, ele não fazia menção ao assunto.

Este aspecto do relato da fada Benfana nos chamou a atenção e é preocupante, já que tem havido um considerável aumento nos índices de pedofilia, sendo o alcoolismo um dos fatores que pode favorecer a eclosão deste tipo de violência sexual. Destacamos que entre as adolescentes entrevistadas, três foram vítimas de abuso sexual por membros de suas famílias. Como o problema não é objeto deste estudo, o assunto não será aprofundado aqui.

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, que se modifica em conformidade com as transformações das relações sociais. Em nossa sociedade,

no entanto, ela foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, em razão de tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder. (BRASIL, 2007, p.13)

Albuquerque & Andrade aprofundam a análise. Para eles, a sexualidade é considerada um fenômeno da existência humana, compreendendo mais que aspectos biológicos, pois faz parte da vida de todo indivíduo e, por conseguinte, das (os) adolescentes. O despertar da sexualidade traz consigo diferentes possibilidades de satisfação. O desejo nos liberta do campo meramente instintivo, comum aos animais irracionais, além do espaço para a fantasia, sedução, criatividade, contudo igualmente abre espaço para conflitos, medos e dúvidas. (ALBUQUERQUE; ANDRADE. 2006)

O período da adolescência caracteriza-se por imprimir modificações não só fisiológicas, mas também marcantes transformações psicológicas nas adolescentes, quando elas atingem esta fase do seu desenvolvimento. Dentre as mudanças vivenciadas neste período, destacamos a descoberta de sua sexualidade. Esta descoberta tem como referenciais os valores culturais oriundos do meio social onde as adolescentes estão inseridas. A consolidação destes valores, nesta fase, é fortemente influenciada pelas questões de gênero, religiosidade e por seus pares e família.

Fada Daisy, adolescente de 16 anos, grávida de seu primeiro filho, VDRL positivo, revelou que, a princípio, não acreditava na possibilidade de estar realmente grávida. Só começou a assimilar a idéia da gestação a partir da realização de uma ultra sonografia. A dificuldade de aceitar a gestação foi experimentada também por sua mãe e seus familiares. A família da adolescente provavelmente não admitiu a possibilidade de sua menina, de apenas 16 anos, ter uma vida sexualmente ativa,

decorrendo daí a dificuldade de aceitar a gravidez. De acordo com a fada Daisy, quando a gestação foi confirmada, ela já havia rompido seu relacionamento com o pai de seu filho. A notícia, no entanto facilitou a reconciliação do casal. A adolescente revelou ainda que o rompimento de seu relacionamento de quase dois anos aconteceu porque ela descobriu ter sido traída. Desde então, ela não confia mais plenamente no parceiro.

Acreditamos que a deficiência e/ou falta de diálogo sobre a sexualidade, com os pais, também acentua a vulnerabilidade das adolescentes neste período de suas vidas. Os depoimentos das fadas Benfana e Daisy confirmaram essa hipótese.

Como não obtêm respostas para suas indagações, as adolescentes partem em busca de respostas e umas das fontes utilizadas nesta procura são seus próprios pares. Seus companheiros, na maioria das vezes, também trabalham a questão com informações distorcidas, pois suas fontes de conhecimento dificilmente serão muito diferentes daquelas a que as meninas tiveram acesso. Afinal de contas, seus pais também foram criados em condições sociais e culturais semelhantes. O depoimento aqui reproduzido ilustra bem a situação:

[...] Ah [...] eu comecei a namorar esse menino meu atual namorado [...] começou ano passado [...]. aí [...] ele sempre falava comigo [...] de sexo, isso tudo. Ele falava de sexo e tal sabe, que ele [...] ele já tinha as relações dele [...] já tinha, já tinha [...] perdido a virgindade, claro e enfim eu não me sentia pronta ainda e depois de uns [...] uns quatro meses de namoro, aí eu [...] eu senti que ele e merecia, sabe e que eu queria mesmo [...] que me sentia pronta sabe [...] a aí. [...] aí ele ficou feliz, sabe [...] ficou todo feliz e aí foi na casa de um amigo dele também [...] que a gente teve a 1ª relação [...]

(Fada Benfana, 17 anos)

É relevante destacar aqui que fada Benfana buscou dirimir suas dúvidas com seu parceiro. No entanto, as respostas do companheiro provavelmente estavam impregnadas de preconceitos e outras questões de gênero.

O grupo, modelo identificador na adolescência, permite o início da atividade sexual, na medida em que aceita e o acolhe como natural. Este mesmo grupo se constitui uma via de transmissão de normas, comportamentos e valores, por vezes, mais influentes que a própria família, como pode ser evidenciado nos depoimentos das adolescentes entrevistadas. (TAQUETE; VILHENA. p. 110)

A adolescência, gregária por definição, encontra e constrói novos papéis através da socialização com seus pares, exercendo, pela sexualidade, uma forma preponderante de sociabilidade e de construção da identidade. A identidade vai se demarcando e redefinindo em processos dialéticos em vários encontros com o outro, quando são confrontados valores, crenças, emoções. (ABRAMOVAY *et al*, 2004. p.69)

Fada Aril, outra depoente deste estudo, relatou que buscou obter informações na escola. Contudo, sua professora não se dispôs a esclarecer suas dúvidas, segundo a adolescente.

[...] A gente se reuni [...] aí [...] aí a gente chega nela [...] e pede a ela [...]pra conversar com a gente sobre o negócio do uso da camisinha [...] mas [...]ela fala: [...]Não, depois eu faço isso, depois eu converso, e nunca [...] nunca nunca conversa com a gente[...]nunca escreve nada [...]nunca fala[...]
(Fada Aril, 13 anos)

A adolescente, em seu relato, demonstrou insatisfação com as informações recebidas na escola e as considerou insuficientes. Ficou claro o despreparo e o pouco comprometimento de alguns professores, já que a professora em questão se esquivava de tal tarefa. Depreende-se daí que a omissão dos profissionais do setor educacional, aqui no caso, potencializa a vulnerabilidade social das adolescentes. O episódio indica haver lacunas no plano programático do sistema de ensino e a falta de ações protetoras. No caso da fada Aril, portanto, pode-se dizer que sua gestação

foi conseqüência de falhas nos planos individual, social e programático da vulnerabilidade.

Freqüentemente, pais e educadores assumem uma postura ambivalente e autoritária a respeito, da orientação sexual. Eles entendem erroneamente que ensinar práticas sexuais seguras significa encorajar o exercício sexual. Optam frequentemente, então, pela cultura do silêncio, justamente no momento em que é preciso abrir espaço para dialogar sobre sexo e educar para a sexualidade. (FIALHO, 2007. p.98)

Existe ambigüidade na crença de que a orientação sexual é fator estimulante ao exercício da sexualidade, mas também não existe um consenso quanto a quem cabe a responsabilidade da orientação sexual dos jovens: se aos pais ou a escola.

Fada Aril, uma adolescente de apenas 13 anos, relatou estar vivendo seu primeiro relacionamento. Segundo ela, o rapaz é mais velho, mas Aril não deixou entrever que a diferença de idade tenha importância. Aril informou apenas que o rapaz é das forças armadas e, por isso, deve ter em torno de seus dezoito a vinte anos. A adolescente mencionou ainda que conheceu seu parceiro quando jogava futebol na rua com suas colegas. A princípio ela se aproximou do parceiro por meio do MSN². Só mais tarde eles conversaram pessoalmente, porque Aril se considerava uma pessoa “envergonhada”.

Vidal desenvolveu um trabalho sobre a questão da educação sexual e o sistema de ensino. De acordo com a autora, na década de 30, foi criado no Rio de Janeiro, então capital da República, o Círculo Brasileiro de Educação Sexual (CBES). Seu objetivo era promover a educação sexual do povo brasileiro, “relegada ao abandono e tida como tarefa imoral devido ao falso conceito em que é tida toda

² **MSN** - É um programa de mensagem instantâneas, que permite a um usuário da internet se relacionar com outro que tenha o mesmo programa, em tempo real, podendo ter uma lista de amigos “virtuais” e acompanhar quando eles entram e saem da rede.

função sexual”. Ao longo de toda aquela década, houve uma grande profusão de publicações direcionadas aos pais, professores e aos próprios alunos. Esta proliferação de matérias educativas aconteceu devido à disseminação da sífilis na população e suas conseqüências. Desde a década de 20, no campo educacional, já havia preocupação com a educação sexual na escola. Contudo, não existia consenso se a responsabilidade caberia a escola ou a família. (VIDAL, 2008. p.26)

Já nos anos 80, prossegue a autora, o interesse pela sexualidade nas escolas despontou novamente devido ao receio da proliferação da AIDS. Na década de 90, debates foram realizados e discutiu-se a repercussão da introdução da orientação sexual no espaço escolar, não como disciplina, mas como conteúdo escolar, tendo emergido sob a forma de temas transversais nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). (VIDAL, 2008. p.26)

A implementação das discussões acerca da sexualidade nas escolas reacendeu as discussões relacionadas a quem caberia o papel da orientação sexual. Esta polêmica possibilita-nos, vez por outra, identificar pais e responsáveis moralistas que fazem pressão contra a escola e reivindicam para si uma responsabilidade que não possuem. Argumentam com a ultrapassada alegação de que tais discussões despertariam em seus filhos o desejo de ter suas próprias vivências sexuais.

Desde 1995, iniciativas institucionais vêm sendo adotadas para tratar a questão. Os Ministérios da Saúde e da Educação trabalham de maneira articulada. O resultado deste trabalho foi o “Projeto Escola”, lançado oficialmente em 2003; “Saúde e prevenção nas escolas”, cujo eixo estruturante de suas ações é a integração dos setores saúde - educação e a disponibilização de preservativos. As duas iniciativas são apoiadas pela UNESCO e pelo UNICEF com a perspectiva de

transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens a infecções pelo HIV e à AIDS, e a outras DST. (BRASIL, 2006. p.16)

Entendida como cenário privilegiado de acolhimento cotidiano de adolescentes e jovens, a escola é torna-se essencial nestes projetos. Só é possível concretizá-los na medida em que as decisões e responsabilidades sejam compartilhadas com as demais instâncias sociais envolvidas com a redução da vulnerabilidade das (os) adolescentes às DST / AIDS. (BRASIL, 2006. p.16)

Os insumos para concretização deste projeto deveriam incluir tanto a produção de materiais didáticos - pedagógicos quanto a disponibilização de preservativos em escolas e comunidades que, por sua vez, estejam articuladas e mobilizadas em parcerias, a fim de executarem ações de prevenção. (BRASIL, 2006. p.16)

A distribuição de preservativos, no entanto, é controversa à medida que envolve alguns fatores. Um deles é a manutenção de uma cota mensal destinada a cada adolescente, quando sabemos que esta população tem uma vida sexual bastante ativa neste período de suas vidas. Acrescido do fato que não adiantará muito haver a distribuição dos referidos preservativos, sem a devida orientação para a efetiva utilização. Logo, necessitamos reformular nosso modo de enxergar a (o) adolescente como alguém assexuada (o).

Para Suplicy (2008), a educação sexual é tarefa da escola, visto que o colégio é responsável por transmitir os princípios democráticos e éticos que são o respeito pelo outro, o respeito a si mesmo e o respeito à pluralidade de opiniões. Segundo a autora, cabe à família a responsabilidade de transmitir os valores morais que a escola não tem condições de dar. (SUPLICY, 2008. p. 1)

Apesar da polêmica que o assunto ainda possa suscitar, constatamos, por meio do relato das depoentes, a limitação de seus familiares, que também não foram devidamente orientados e, por isso, não receberam os subsídios necessários para orientar as (os) filhas (os) de forma adequada.

A gênese desta limitação pode ter sua origem não só nos próprios tabus e preconceitos presentes na formação recebida pelos docentes, mas na qualidade de sua capacitação. Um profissional despreparado não consegue atender os anseios da adolescente. Enquanto se questiona a quem efetivamente cabe esta responsabilidade e não se aprimora a qualidade das informações prestadas às adolescentes, elas continuam vulneráveis tanto no plano individual quanto no social e no programático.

Fada Benfana demonstrou satisfação com as informações recebidas sobre a prevenção das DST no cenário escolar. Destacamos que, segundo a própria adolescente, as palestras em sua escola foram ministradas por enfermeiras.

[...] Ah, eu sei da AIDS [...] que é uma doença que todo mundo teme muito e que tem que preveni, sabe. Que até em[...] palestras assim, que eu já fui [...] que teve em colégios, aí que [...]as vezes as enfermeiras diziam : -Você pode confiar no seu namorado, mas quem sabe ele [...] sabe[...] você não pode saber, ele tá no trabalho [...]sabe as vezes [...]ele pode ter uma parceira que você pode não saber, você pode confiar e tudo mas você pode [...] não saber, essa parceira pode ter AIDS [...] elas botavam filmes [...]elas diziam que [...] tipo muitas enfermeiras tinham seus filhos e aí falavam: -Não [...] sempre quando eu tenho o meu filho, ele vai sair eu falo: “ -filho, você esqueceu a camisinha? Leva a camisinha.” E que muitos pais [...] não fazem isso que elas faziam. Que é muito importante, ter diálogo com o filho sabe. Saber que ele está se cuidando, se preservando [...].
(Fada Benfana, 17 anos)

A adolescente relatou que suas dúvidas foram dirimidas em relação às DST. Durante seu depoimento, contudo, a adolescente enfatizou seus temores quanto à contaminação pela AIDS e não fez referência, em nenhum momento a qualquer outra DST. A fada Benfana, assim, revelou-se fragilizada nos três planos da

vulnerabilidade, já que não utilizou ações protegidas e protetoras e não foi capaz de assimilar e processar, de maneira crítica, as informações recebidas no espaço escolar. Como a não utilização do preservativo está diretamente relacionada a questões geracionais, conforme seu depoimento demonstra, a adolescente ficou vulnerável no plano social.

Para Suplicy, a falta de informação e a ignorância são responsáveis por aumentar a curiosidade das (os) jovens e as (os) empurram ao aprendizado através da experiência. (SUPLICY, 1998. p.36)

Ayres vai adiante. Para ele, a situação, culturalmente determinada de intranqüilidade com que a busca de identidade sexual é vivenciada na adolescência pode estar aliada a uma maior vulnerabilidade do grupo. (AYRES, 1996. p.20)

A busca da identidade sexual no período da adolescência também é influenciada pelas questões de gênero, pois desde os mais remotos tempos, a menina é moldada para o exercício da maternidade e da vivência do casamento, enquanto o menino é preparado para vivenciar sua masculinidade e virilidade por meio das práticas sexuais.

Chodorow (1979. p.70) assinala que geralmente a mãe dispensa tratamento diferente a seu filho, com a finalidade de enfatizar sua masculinidade em oposição a si mesma, e estimular ou consentir uma postura nitidamente machista em relação a ela.

Sobre o tema, Suplicy sublinha o seguinte: Gênero é a construção cultural e social do que é ser mulher ou homem, pois os sexos são biologicamente diferentes e o gênero consiste no desenvolvimento do indivíduo, seu aprendizado em ser homem ou mulher em determinada cultura. (SUPLICY, 1998. p.333)

O que implica, conforme Madureira, numa rejeição à naturalização das diferenças entre homem e mulher, baseadas no determinismo biológico, que, ao pressupor a existência de uma essência masculina e feminina, justifica, com base na natureza, a posição, a situação e a condição de homens e mulheres na sociedade, fixando-os em pólos opostos. (MADUREIRA, 2005. p. 30)

Heilborn aprofunda ainda mais a questão. Para ela, a construção do gênero é formada a partir das representações, valores e condutas que vão se firmando no decorrer da adolescência. Neste processo, são essenciais os valores assimilados tanto no grupo familiar quanto nos grupos de seus pares. Essa autonomia que se firma gradativamente frente à família é responsável por expor fortemente os adolescentes à cultura de seus pares... . (HEILBORN *et al*, 2002)

Uma das condutas empregadas pela (o) adolescente visando firmar sua autonomia é a primeira relação sexual. Nessa experiência está embutida a perda da virgindade. No tempo das avós de nossas depoentes, a virgindade era bastante valorizada e algo a ser preservado até o matrimônio. A preservação da virgindade foi bastante influenciada por aspectos religiosos, principalmente à luz do cristianismo, no qual a castidade está intimamente associada à imagem da virgem imaculada.

A perda da virgindade é considerada um rito de passagem, pois, a partir deste momento, a menina deixará de fazer parte do mundo infantil para compor o mundo dos adultos, agora na condição de mulher. E se neste momento, a menina vier a engravidar, esta gestação será a afirmação do exercício de sua vida sexual. Muito embora este fenômeno ocorra com freqüência, um caminho inverso tem sido apontado. Nele, a virgindade vem sendo novamente valorizada pela juventude.

Orosco traz informações interessantes sobre essa mudança comportamental. De acordo com ela, os jovens, na atualidade, têm ostentado um discreto anel de

prata, cuja simbologia de seu significado recai sobre a preservação da castidade até o casamento. A utilização deste acessório nasceu no início da década de 90 nos Estados Unidos da América (EUA) e tem sido incentivada por ídolos *teen pop* internacionais e por uma adolescente protagonista de uma série de televisão também americana. A idéia tem se disseminado e já encontra adeptos no Brasil. Entretanto, é alvo de críticas por parte de algumas pessoas que acreditam que a juventude, ao optar pela abstinência, deixa de se informar acerca dos métodos contraceptivos e da prevenção às DST. Há também uma corrente que acredita ser importante respeitar os valores da juventude e a manutenção de um canal aberto. (OROSCO, 2008)

Contudo, precisamos lembrar que, no período da adolescência, aqueles que a vivenciam são bastante influenciáveis por seus pares. Como já foi relatado aqui, o movimento pela valorização da virgindade tem sido apontado por integrantes jovens do meio artístico. Questionamos, no entanto, se esta valorização realmente está partindo de nossas (os) adolescentes ou se não passa de mais um modismo transitório, fruto desta identificação existente no período da adolescência.

[...] Ah [...] no início eu tinha muita curiosidade [...] antes de [...] conhecer alguém [...] eu tinha muita curiosidade [...] Aí, eu sempre tentava, assim [...] com as pessoas, assim [...] com os garotos que eu saía, quando eu era mais nova [...] Mas eu nunca conseguia [...] tentei umas duas vezes ou três vezes. [...] não conseguia que doía muito, e ta [...]

(Fada Mab, 19 anos)

[...] É [...] Hum [...] deixa eu ver [...] A minha 1ª vez foi[...] Com um garoto, ih... Foi bom [...] Deixa eu ver [...] Ah! Não tenho nada pra falar [...] caraça! [...] Ai! [...] Ai meu Deus É [...] Foi na casa dele, aí nesse dia que aconteceu que eu perdi a virgindade, eu tinha faltado à escola, “matado” aula pra ir pra casa dele, aí foi, aí rolou, aí aconteceu e foi bom [...]

(Fada Titania, 17 anos)

Em nenhum dos relatos das adolescentes entrevistadas foi possível identificar a virgindade como algo que necessariamente deveria ser preservado ou mesmo

valorizado. Sua perda é considerada como algo banal e faz parte do contexto social e cultural das adolescentes que são sujeitos deste estudo.

A perda da virgindade para as adolescentes ainda é um momento importante, pois significa um marco da iniciação sexual. A experiência pode ser vivenciada com orgulho ou com culpa excessiva, de acordo com a educação e tradição familiar alerta Ribeiro (2006. p.17)

Para Abramovay, em se tratando de adolescentes, a iniciação sexual é socialmente compreendida como um rito de passagem, cujos contornos ainda não estão claramente definidos. Passagem para quê? Considera-se que a criança é dependente de uma cultura nucleada na família. Contudo as adolescentes / jovens ao se iniciarem na sexualidade passam a ser consideradas, pelo menos nesse aspecto, como adultos. A adolescente vive a ambigüidade de ser então sexualmente adulta e em situações de dependência nas dimensões econômicas e familiares, entre outras. (ABRAMOVAY *et al*, 2004. p.69)

A Fada Mab, adolescente de 19 anos relatou que por diversas vezes tentou “perder sua virgindade”, pois, segundo seus próprios termos, tinha muita curiosidade. A adolescente afirmou não ter valorizado o momento como algumas de suas colegas valorizaram. De acordo com fada Mab, alguns fatores impediram que ela tenha boas lembranças da experiência: o incomodo da dor e a preferência de que sua primeira experiência sexual se desse com alguém conhecido e não com alguém que viesse a “ficar” por uma noite.

As adolescentes passaram a vivenciar sua sexualidade de maneira mais liberal a partir da revolução sexual e do movimento “hippie” dos anos 60 / 70. Outro fator preponderante nesta conquista foi o advento da pílula anticoncepcional. A partir dela, a mulher passou a manter suas relações sexuais de modo mais livre, sem ter

que se preocupar com uma gravidez. A mulher, assim, conquistou o direito de sentir prazer, algo que, anteriormente ao advento da pílula anticoncepcional, só era facultado aos homens.

A autora Del Priore contextualizou a época em que esses avanços aconteceram. Para ela, os anos 60 e 70 do século XX fomentaram a chamada “revolução sexual”, com conquistas até então nunca vistas devido à descoberta da pílula anticoncepcional, a qual desvencilhou a mulher do sexo relacionado à procriação, promovendo uniões fortuitas. (DEL PRIORE, 2006. p.323)

Entretanto, mesmo com o movimento hippie e a pílula, a mulher, na década de 70, ainda era percebida em sua exterioridade, isto é, a liberação sexual, de certa forma, só fez acentuar o quanto ela ainda precisava avançar em sua proposta de relações simétricas entre os gêneros. (DEL PRIORE, 2006. p.323)

O caráter subjetivo da construção da sexualidade expõe a importância das relações de poder entre os diversos sujeitos sociais. A questão de gênero é, por conseguinte, uma das mais fundamentais situações de relação de poder que necessita ser considerada na discussão da vulnerabilidade. (AYRES, 1996. p. 20)

Muito embora a revolução sexual tenha proporcionado a mulher o direito de sentir prazer, ela ainda não conseguiu desvencilhar-se até hoje por diversas razões, entre elas as de ordem cultural, da responsabilidade pela prevenção da gravidez que ainda recai sobre si. Este paradigma necessita ser quebrado, pois esta responsabilidade não pode continuar cabendo tão somente a mulher, mas também ao homem, como ficou evidenciado nos depoimentos das adolescentes:

[...] E ele [...] ainda não gosta de usar camisinha, e agora que eu fiz “coletagem”, eu acho que agora que eu tenho que ter bastante cuidado, porque a qualquer hora assim, porque meu útero tá todo limpinho [...] a qualquer hora [...] aí é mais fácil ainda de eu pegar uma gravidez, então agora que eu vou ter que sentar chegar, sentar e conversar com ele [...]. Oh, tem que usar a camisinha [...] enquanto

eu não estou tomando remédio [...] pra que não aconteça isso de novo, porque ainda tá cedo [...] assim a gente tem que esperar um pouco, e ele vai ter que aceitar, se ele não aceitar [...] ele vai ter que ficar sozinho [...] vai ter que procurar outra agora [...]

(Fada Arifa, 18 anos)

O paradigma da responsabilidade quanto à prevenção de uma gravidez cabe historicamente ao sexo feminino. Essa imposição deve mudar e os cuidados devem ser compartilhados igualmente com o sexo masculino. No relato de fada Arifa, evidencia-se que ela já tem um posicionamento favorável quanto à divisão desta responsabilidade.

A literatura existente trata da questão. Madureira, por exemplo, entende que, devido à relação direta existente entre mulher, gravidez e maternidade, o campo sexual e reprodutivo tem sido tratado como prerrogativa feminina. Essa grande ênfase facultada à mulher, na vida sexual e reprodutiva, teve como efeito, a pouca visibilidade aí conferida à participação do homem, como se o comportamento sexual deste não estivesse vinculado à reprodução. Desta forma, a atenção tem sido direcionada principalmente às mulheres, impondo-lhes severo controle sobre seu corpo, sua sexualidade e sua fecundidade. (MADUREIRA, 2005. p.70)

Já Sanches abordou a situação das adolescentes. “Se, por um lado, a utilização de contraceptivos orais possibilitou a adolescente o exercício mais livre de sua sexualidade e facultou-lhe o direito de decidir quando e quantos filhos desejaria ter, por outro lado, interferiu de maneira negativa no processo de negociação sexual com seu parceiro, já que predominantemente, responsabilizou-a pela contracepção”. (SANCHES, 1999. p.79)

Fada Arifa, adolescente de 18 anos, foi submetida a uma wintercuretagem após sofrer um abortamento espontâneo. A adolescente iniciou sua vivência sexual aos 14 anos com seu namorado atual que, na época, tinha 20 anos. A adolescente

também não foi orientada quanto ao exercício de uma vida sexual saudável, a exemplo do que aconteceu com as fadas Benfana e Daisy, os únicos “esclarecimentos” que recebeu foram dados por uma colega. Ao ler seu relato, fica claro que sua amiga não a orientou, mas a incentivou à prática sexual.

Desde a década de 80 nossas (os) adolescentes vivenciam sua vida amorosa de um modo bastante diferente da vivenciada pelas gerações anteriores, já que hoje existe, uma diversidade de formas de relacionamentos que deram origem a novos padrões de comportamentos. Na atualidade, as (os) adolescentes se conhecem previamente num namoro sem compromisso denominado “ficar”, que pode durar apenas uma noite, algumas semanas ou evoluir para um compromisso mais sério. Identificamos este tipo de relacionamento nos depoimentos de várias depoentes, dos quais destacamos os relatos das fadas Aril e Mab.

[...] A gente ficava. [...] sei lá, a gente conversava, brincava [...] ai depois que a gente começou [...] a “ficá” [...] ele me chamava, conversava. [...] foi assim [...]
(Fada Aril, 13 anos)

[...] Quê, é ruim, eu vou é casar [...]ficá nada ,se sai uma noite acaba ficando [...]. Ah, não tem essa, a gente acaba namorando, aí ta, beija aqui, esquenta ali por mais que você se controla, acaba acontecendo [...]
(Fada Anna, 19 anos)

O parceiro da fada Aril, conforme já mencionamos, foi seu primeiro namorado. Este relacionamento mais tarde evoluiu para um compromisso mais duradouro, visto que o rapaz inclusive solicitou à mãe da adolescente consentimento para namorá-la. A adolescente, no entanto, não deixou claro o porquê desta solicitação. Já o caso de fada Anna, é diferente: ela só resolveu mudar seu estilo de vida após o falecimento de sua mãe.

Aos 19 anos, fada Anna foi submetida a uma wintercuretagem após sofrer um abortamento espontâneo. Seu primeiro relacionamento amoroso aconteceu com o

filho de seu padrasto. Já o atual companheiro ela conheceu no hospital, por ocasião da internação de sua mãe, que acabaria falecendo vitimada por complicações decorrentes da contaminação pelo vírus HIV. A maneira como a mãe morreu fez com que a adolescente, temendo contrair o vírus, abandonasse o hábito de “ficar” com vários rapazes. Fada Anna passou, então, a relacionar-se com o rapaz de forma mais séria.

Matos lembra que na adolescência, os relacionamentos amorosos são uma espécie de “ensaio” para a vida adulta. Neste período da vida, as experiências surgem como formas do indivíduo aprender a se relacionar e testar suas capacidades. É aí que surge o “ficar”, o namorar, o ter relações sexuais etc. Neste sentido, pode-se dizer que a vida amorosa e sexual das adolescentes está inserida em um contexto global de busca pela aquisição de uma identidade. (MATOS *et al*, 2005. p.3)

Este novo tipo de relacionamento proporciona a possibilidade de múltiplos parceiros (as) até mesmo numa mesma noite, sem que nenhum deles implique em compromisso mais sério. Afinal de contas, para que se “fique” com alguém basta que haja desejo. No depoimento das fadas Anna e Mab, foi possível evidenciar a prática do “ficar”, que traz em seu bojo a multiplicidade de parceiros.

Mas já tive bastante relacionamento [...] em relação de sexo [...] entendeu! [...] Bastante [...]
(Fada Anna, 19 anos)

[...] Aí depois disso comecei a “mi” relacionar com outras pessoas [...] mas não com namorado [...]
(Fada Mab, 19 anos)

As histórias de vida das fadas Anna e Mab refletem bem o contexto social do qual fazem parte, assim como suas atitudes são bem representativas da adolescência na atualidade. Elas demonstram, em seus relatos, que não têm consciência de que certas atitudes poderão acarretar-lhes danos futuros à saúde. Isso evidencia a vulnerabilidade individual das adolescentes. A leitura de seus

depoimentos indica que elas não faziam uso de preservativos a fim de prevenir gestação e/ou DST.

Matos lembra que este tipo de relacionamento descompromissado pode suceder de um desejo claro e explícito de um ou de ambos, assim como de forma impulsiva, como descarga ou como uma vontade superficial, a qual muitas vezes conta com o incentivo de amigos em situações específicas tais como as festas e encontros. (MATOS *et al*, 2005. p.24)

Foi possível evidenciar, por meio dos relatos de vida das entrevistadas, que alguns fatores continuam a ser preponderantemente responsáveis por manter a vulnerabilidade destas adolescentes. Além da precocidade de suas vivências sexuais, destacamos que a multiplicidade de parceiros também se constitui num fator importante.

No plano individual, consideramos que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, essencialmente, às condutas que estabelecem oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças ou a viver em determinadas condições. Esses comportamentos são relacionados tanto com as condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas e grupos têm acerca de tais comportamentos, e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los. (MEYER *et al*, 2007. p.233)

Nossas depoentes são consideradas vulneráveis no plano individual, pois não tiveram condições de desenvolver um maior grau de consciência capaz de fazê-las com que transformassem suas condutas. Esta deficiência está diretamente relacionada com suas condições culturais e sociais.

O nível de entendimento do indivíduo, portanto, é crucial, conforme sustentam Villela & Doreto. Segundo eles, um sujeito pode tornar-se menos vulnerável se tiver competência para reinterpretar criticamente mensagens sociais que o colocam em situações de desvantagem ou desproteção, contudo sua vulnerabilidade pode aumentar se o mesmo não tem oportunidades de ressignificar as mensagens emitidas no seu entorno. (VILLELA; DORETO, 2006. p.2469)

Devemos considerar também que uma vez aflorado o desejo, o uso do preservativo se dá na maioria das vezes de maneira não assertiva. No período da adolescência, o indivíduo normalmente age por impulso, impelido pela sensação de invulnerabilidade muitas vezes estimulada pela utilização de bebidas alcoólicas e/ou drogas. As fadas Anna e Aine relataram ter feito uso de bebida alcoólica. Esse componente torna as adolescentes mais vulneráveis a contrair uma DST.

[...] Aí o filho dele começou a ir lá em casa e beber e aí a gente foi e acabou e “começamos” a namorar . Aí “começamos” com 11, com 12, aí a gente foi e [...] entendeu! Aí com 13 engravidei [...] tive a minha filha com 14 [...] e é isso aí, é complicado [...]

(Fada Anna, 19 anos)

[...] eu conheci ele num dia normal, aí marcamos pra sair numa noite assim [...]. noitada. Aí eu bebi, ele bebeu, aí já era, aí foi aí que a neném nasceu [...]

(Fada Aine, 19 anos)

O uso de bebidas alcoólicas na adolescência é responsável por aumentar a vulnerabilidade de adolescentes e está muitas vezes associado ao uso concomitante de drogas. Diversas de nossas depoentes confirmaram o consumo de bebidas, possivelmente porque o álcool deixa seus usuários desinibidos. Ao longo dos depoimentos, no entanto, nenhuma depoente admitiu fazer uso de outras drogas.

Taquette *et al* (2005:151) realizaram um estudo com 251 adolescentes cujos resultados indicaram uma multiplicidade de fatores de risco às DST. Entre as

variáveis associadas às DST, o trabalho apontou o uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas.

À época da realização deste estudo, o primeiro filho da fada Aine, adolescente de 19 anos, havia nascido. Aine relatou que seu filho nasceu de uma relação fortuita. Segundo ela, o relacionamento já tinha acabado quando ela soube que estava grávida. O fato de estar grávida não despertou nela o desejo de uma reconciliação, pois Aine não nutria pelo rapaz sentimento afetivo que ainda sentia por seu antigo namorado, de quem, na verdade, gostaria de ter engravidado. Durante seu depoimento, a adolescente demonstrou sentimento de raiva pelo pai de sua filha. Ela confessou que só permitiu que ele aparecesse como pai da criança, na certidão de nascimento, por influência de uma tia sua.

Nossas depoentes também podem ser consideradas vulneráveis no plano social, visto que não possuem poder de negociação com seus parceiros. Isso as torna mais vulneráveis ao gênero masculino no que tange à utilização do preservativo masculino. Apesar das mudanças ocorridas ao longo dos últimos 40 anos, por conta da já citada revolução sexual, ainda predomina uma forte assimetria de gênero entre as meninas que não se protegem e se expõem às DST. A submissão destas adolescentes é resultado, assim, dos valores culturais oriundos da influência materna.

Das adolescentes entrevistadas, 50% relataram que seus companheiros eram contrários à utilização do preservativo. Este é mais um fator que apontamos como responsável pelo aumento da vulnerabilidade das adolescentes deste estudo às DST.

[...] Porque, meu namorado não gosta, ele se sente incomodado com a camisinha. Eu acho que ele deveria usar sim, pra me [...] assim pra preveni ele e também me preveni [...] (Fada Arifa, 18 anos)

[...] eles falavam: “-ah, não é bom [...]‘transá` com camisinha [...]. Eu ia muito pela cabeça deles, eu era muito criança ainda [...] Eu ia muito pela cabeça deles, agora, depois de grande, eu [...] me previno mais[...]
(Fada Iris, 17 anos)

A dificuldade de negociar o uso do preservativo não é encontrada só entre as adolescentes, mas também é vivenciada pela mulher de um modo geral. Solicitar simplesmente seu uso pode trazer o desconforto da desconfiança, aumentando, desta forma, a vulnerabilidade individual do gênero feminino. As fadas Arifa e Iris estavam expostas não só à vulnerabilidade individual, pela não utilização de preservativos, mas também à vulnerabilidade social por questões diretamente relacionadas ao gênero masculino, no que diz respeito à dificuldade de negociação, conforme demonstraram seus relatos.

Madureira entende que as assimetrias nas relações entre os gêneros e a sexualidade masculina e feminina concorrem para dificultar a negociação das trocas estabelecidas entre o casal, especialmente se o contexto for um relacionamento já estabilizado. (MADUREIRA, 2005. p. 41)

Fada Iris, adolescente de 17 anos, acabara de dar à luz seu quarto filho. Ela revelou no depoimento que é portadora do HIV por transmissão vertical e que só descobriu que estava infectada quando seu primeiro filho nasceu. À época ela tinha apenas 12 anos. A adolescente relatou que manteve relações sexuais diversas vezes sem fazer uso de preservativo por insistência de seus parceiros. Segundo ela, de seus quatro filhos, apenas um, sabe-se com certeza, é portador do vírus HIV. O último ainda está sendo investigado. Iris mora em um abrigo municipal e viveu durante algum tempo com o pai de dois de seus filhos. Ela não permaneceu em sua companhia por diversos motivos, dos quais destacou o fato de o companheiro agredi-la quando ingeria bebida alcoólica. A adolescente relatou que seu antigo

companheiro estava tentando judicialmente a guarda de seus filhos. Iris receava perder a causa. Ela achava que dificilmente a juíza iria transferi-la para um abrigo de família com seus filhos, uma vez que nestes locais, segundo a adolescente, os internos devem sair às 6 horas da manhã e retornar à instituição às 18 horas. Iris reconheceu a dificuldade: “Seriam muitas crianças na rua esperando a hora de poder retornar ao abrigo” – argumentou.

Sabemos que no plano individual, a diminuição da vulnerabilidade, segundo Ayres, depende da efetiva adoção de práticas sexuais seguras, com a utilização da camisinha ocupando lugar de destaque. (AYRES, 1996. p.29)

Já Sanches destaca que a questão do uso do preservativo é delicada e tem implicações. Segundo ela, uma das questões mais críticas para as adolescentes, em relação à prevenção, é a negociação com o parceiro sobre a utilização de preservativos. Ao insistir (ou simplesmente pedir) para que seus parceiros utilizem o preservativo, algumas adolescentes receiam estar colocando em risco sua relação amorosa ou mesmo receiam perder seu parceiro. Perdendo seus parceiros, elas podem estar não somente abrindo mão de uma relação que lhes dá status e apoio emocional, mas também suporte financeiro. (SANCHES, 1999. p.78)

Ainda de acordo com a autora, a utilização de preservativos pode ser vista sob o prisma da desconfiança, ocasionando distanciamento entre os parceiros, ao invés de representar respeito e cuidado mútuo. (SANCHES, 1999. p.111)

Mesmo as mulheres adultas, que entendem a importância da utilização do preservativo, deixam de usá-lo em diversas ocasiões, porque estão condicionadas por uma série de valores, padrões, questões de gênero, sociais e emocionais.

. Nossa formação educacional pode ser considerada uma das grandes responsáveis pelas barreiras culturais das quais tentamos nos desvencilhar ao longo

de décadas. Sabemos que essa superação é lenta e acontece de forma gradual. É necessário evitar a dissimulação e reconhecer que frequentemente deixamos de solicitar que o parceiro use o preservativo por receio de arruinar o relacionamento ou pela crença da fidelidade do parceiro fixo.

A resistência à utilização do preservativo pode trazer como consequência a contaminação por uma DST ou uma gravidez. No caso das depoentes, todas se expuseram ao risco, já que estavam ali por conta de gestação ou processo de abortamento. Das doze adolescentes entrevistadas, três abortaram espontaneamente, mas apenas uma relatou o desejo de ter um filho naquele momento de sua vida. O desejo do parceiro de ter um filho, entre outras razões, motivou algumas das adolescentes entrevistadas a levarem a gestação até o final.

[...] eu não sabia [...] tava querendo [...] mas não sabia que eu tinha conseguido por causa do cisto que eu tinha no ovário [...] minha gravidez foi uma maravilha, graças a Deus [...]

(Fada Áurea, 18 anos)

[...] ele chegou prá mim. [...] poxa Fylgiar, é [...] eu quero ficar com você mesmo, eu acho você a pessoa certa, pô [...] “vamo” ter esse filho [...] entendeu [...]

(Fada Fylgiar, 18 anos).

O desejo pela maternidade ficou claro durante o depoimento prestado pela fada Áurea. Ela inclusive foi a única que levou a gravidez adiante de modo consciente. Já no depoimento de Fylgiar, ficou claro que ela foi induzida por seu companheiro a assumir a maternidade naquele momento de sua vida e contra suas perspectivas futuras. Ainda sobre fada Fylgiar, é possível afirmar que sua gestação foi produto de sua vulnerabilidade não só individual, já que ela não lançou mão de ações protegidas e protetoras, mas também de uma vulnerabilidade social. Esta última tem relação direta com o desejo de seu parceiro e é programática, pois a

adolescente em questão não teve nenhuma orientação por parte dos serviços visando à prevenção tanto de uma DST quanto de uma gestação.

Dadoorian adverte que a gestação na adolescência não é um fato recente em nossa sociedade, já que muitas de nossas avós e bisavós geraram seus filhos na adolescência. Contudo, o contexto social e cultural daquela época era bastante diferente da nossa atualidade. As mulheres eram incentivadas a se casarem jovens e, conseqüentemente, a engravidarem jovens também. (DADOORIAN, 2000)

Já melo olhou a questão por um prisma sociológico. Para ela, um filho pode ter uma série de significados para a adolescente, tais como: atingir a independência frente à família, provar sua capacidade de gerar uma criança, realizar o “sonho” do parceiro, buscar uma afirmação social e novas perspectivas de vida. (MELO 2001, p.13)

Almeida alertou sobre os perigos da sexualidade precoce e sem compromisso: “A fim de ser amada, valorizada e não abandonada, a adolescente faz tudo para satisfazer seu parceiro, mesmo que isto signifique submeter-se sexualmente, tornando-se vulnerável a uma sexualidade descompromissada, a gravidez não planejada e as doenças sexualmente transmissíveis”. (ALMEIDA, 1999. P.93)

Aos 18 anos, fada Áurea acabara de ter seu primeiro filho, fruto de seu segundo relacionamento amoroso. Ela relatou ter mantido, anteriormente, uma relação duradoura com um rapaz que, mais tarde, veio a ser assassinado. Segundo a própria adolescente, este rapaz era usuário de drogas e envolvido com a marginalidade. No momento da entrevista, a adolescente, já de alta hospitalar, aguardava o filho. O recém - nascido havia sido internado na unidade de tratamento

intensivo neonatal (UTI neonatal) por ter apresentado hiperviscosidade³ ao nascer. Em seu depoimento, fada Áurea demonstrou felicidade com a confirmação de sua gestação. “[...] é bastante comum ouvirmos a adolescente dizer que está feliz por estar grávida e que deseja ter um filho [...], assinala Dadoorian (2000. p.13) em trecho de sua obra.

Fada Fylgia também contava com 18 anos e que acabara de dar à luz seu primeiro filho. Ao contrário da fada Áurea, ela relatou que, a princípio, seu filho foi mais desejado por seu parceiro do que por ela própria. Segundo a adolescente, aquele era “praticamente seu primeiro relacionamento “sério”, mas não era visto com bons olhos por sua família, pois o rapaz era onze anos mais velho do que ela. As fadas Arifa e Deive são exemplos de gravidez não planejada. Suas histórias de vida, no entanto, têm desfechos diferentes:

[...] eu fiquei meia assim, sem querer [...]sabe até que eu ia tomar remédio, mas foi da boca prá fora, ai todo mundo acha que eu perdi, porque tomei alguma coisa [...] pra mim perder esta criança, mas eu não tomei, [...] só porque eu fiz uma bobeirinha [...] o meu morreu rápido [...]
(Fada Arifa, 18 anos)

[...] eu tentei tirar ele, sabe? Uma vez só, mas [...] me arrependi muito, mas não consegui [...] Também. [...] aí depois disso [...] eu comecei a fazer meu pré-natal [...]
(Fada Deive, 17 anos)

Uma gestação não planejada pode desencadear conflitos internos e entre os pares, dando margem a que as mães se inclinem pela realização de um aborto, como citaram as fadas Arifa e Deive. Aqui no caso só Deive relatou ter efetivamente tentado levar a cabo este desejo. A gestação de ambas as adolescentes pode ser inserida nos planos individual, social e programático. No plano individual devido à

³ **Hiperviscosidade ou Policitemia** pode ser definida como um nível de hematócrito periférico maior que 65%. A Policitemia afeta a circulação periférica devido ao aumento da viscosidade e redução do fluxo sanguíneo, e se prolongada pode afetar órgãos e tecidos. Pode ter sua origem in útero ou na hora do parto, quando ocorre uma transfusão placentar excessiva. (TAMEZ & SIVA, 1999. P.136)

ausência de ações protegidas e protetoras; no social devido à falta de orientação nos contextos familiar e educacional. Finalmente, no programático, pela ausência da atuação dos serviços de saúde, conforme o caso da fada Deive.

Aos 17 anos e logo após ter seu primeiro filho, fada Deive revelou suas preocupações em relação à maternidade. Por considerar-se ainda muito jovem para ser mãe, ela explicitou suas preocupações da seguinte maneira: *eu peguei e fiz o exame, aí deu positivo. Olha, entrei em desespero [...] falei assim: Meu Deus o que, que eu vou fazer? Eu sou uma criança, vou ter [...] vou ter uma criança.*

Deive recebeu amparo financeiro do pai de seu filho, mas está ciente de que por ela – por ser casado - dificilmente estará a seu lado no futuro. Mesmo quando descobriu seu verdadeiro estado civil, ela não conseguiu separar-se dele porque, segundo suas próprias palavras, quando há sentimentos, tudo se torna mais difícil. Durante seu depoimento, Deive foi tomada momentaneamente pela emoção e deixou que lágrimas aflorassem de seus olhos.

A fada Aine também viu-se às voltas com o aborto, mas em seu caso, ela foi, segundo relatou, pressionada pelo parceiro:

[...] porque ele ficava [...]. Ah! Você tem que tirar, porque eu não quero ter mais filho, porque ele já tem um, porque eu não quero ter mais filho, não tenho condições de ser pai [...]

(Fada Aine, 19 anos)

Evidenciamos assim, de modos diferentes, a possibilidade de um aborto nos relatos colhidos com as adolescentes. Uma relação eventual, como a de Aine, poderia justificar o desejo de seu parceiro de não ver a gestação da adolescente ir adiante. Por outro lado, “[...] o não assumir o filho, pelo pai, tem apelação para justificar um caso de aborto, entre os jovens.” (ABRAMOVAY *et al.* 2004,p.225)

Para Souza, o aborto implica em pressões de ordem psicológicas e sociais, sendo carregado de medo, culpa, censura e vergonha. A adolescente pode ainda, em alguns casos, enfrentar o desprezo e o pré-julgamento de alguns profissionais de saúde. (SOUZA *et al*, 2001. p.44)

Por isso, os profissionais da saúde, em especial os que lidam diretamente com a clientela adolescente, devem se policiar para não dirigir a essas meninas um olhar crítico e passar a impressão de que as estão julgando.

O aborto é considerado ilegal em nosso país, exceto na condição de estupro e de risco de vida materna. Tramitou no congresso nacional, proposta de um anteprojeto de Lei, que alteraria o Código Penal. O texto ampliava a possibilidade de aborto lícito, antes restrito ao caso de gravidez resultante de estupro, para autorizá-lo sempre que a gravidez resultar de violação da liberdade sexual ou de emprego não consentido de técnica de reprodução assistida. Desta forma passaria a autorizar o aborto quando houvesse fundada probabilidade de mal formações congênitas físicas ou mentais, desde que fossem atestadas por dois outros médicos. (MARCÃO, 2002. p.4). Acrescentamos que a proposta já foi votada e não foi aprovada.

O aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, vem a ser um forte indicador de que as políticas públicas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm se adequado ou atendido às necessidades específicas deste segmento populacional. Essa carência abala diretamente sua saúde reprodutiva e indica a necessidade de reformulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva de adolescentes e jovens, em condições desejadas e seguras. (BRASIL, 2007. p.23)

Vieira acrescenta que é de grande importância que se amplie o acesso às informações, especialmente ao grupo etário de 10-14 anos, visando reduzir a possibilidade da ocorrência de um abortamento, assim como as conseqüências advindas de tal experiência. (VIEIRA *et al*, 2007. p.1205)

Esses grupamentos sociais particulares, segundo Ayres, não têm chegado a interagir com os serviços e programas encarregados de cuidar de sua educação e de sua saúde. Os contatos são bastante superficiais e, por isso, as adolescentes, de uma maneira geral, são mais vulneráveis a engravidar ou a contrair uma DST neste momento de suas vidas. (AYRES, 1996. p.17)

O pouco contato das adolescentes com os serviços de saúde também pode ser apontado como um dos fatores que concorreram para a utilização incorreta de contraceptivos orais pelas depoentes deste estudo. Os relatos de vida de algumas de nossas adolescentes revelaram que elas não utilizavam corretamente estes contraceptivos.

A carência de profissionais capacitados ao atendimento da população adolescente e o número insuficiente de funcionários, para o atendimento da população em geral, também contribuem para manter as jovens afastadas das instituições de saúde.

Kroll vai adiante e faz uma radiografia do setor saúde. "Não obstante a complexidade das questões que permeiam a adolescência, não existem políticas públicas específicas e suficientes que contemplem essa parcela da população, assim como são poucos os serviços de saúde no país disponíveis para o atendimento desta população. Isso configura um obstáculo ao acesso às informações e a programas de saúde por parte dos jovens". (KROLL *et al*, 2005. p. 41)

A fada Mab deixou claro em seu relato, não ter procurado o serviço de saúde, assim como diversas de nossas depoentes. Ela, contudo, não especificou o motivo. Já o parceiro da fada Deive utilizou a pílula do dia seguinte como artifício para enganá-la. Em seu depoimento, a adolescente relatou que, ao iniciar seu relacionamento com o pai de seu filho, não utilizava contraceptivo oral e utilizou a camisinha poucas vezes porque não gosta do método. Seu parceiro, no entanto, a tranqüilizou afirmando que ela não precisaria se preocupar, pois ele já havia se submetido a uma vasectomia. Ainda assim, conforme relatou, seu companheiro, após cada relação sexual, ofertava a ela a pílula do dia seguinte.

[...] eu não procurei um ginecologista, prá “procurá” uma orientação de [...] anticoncepcional [...] ou assim [...] o único método contraceptivo que eu usava, era realmente o preservativo. [...] fora esse. [...] e nas poucas vezes que eu usava. Aí, algumas vezes que eu ficava em dúvida, tomava a pílula do dia seguinte [...]

(Fada Mab, 19 anos)

[...] eu nunca gostei de usar camisinha [...] nunca gostei mesmo [...] era muito raro porque eu não gostava [...] [...] Não, por que. [...] você não precisa tomar remédio [...] porque eu fiz vasectomia [...] então não tem necessidade de você tomar remédio nenhum. Mas aí eu comecei a desconfiar [...] após 5 meses eu comecei a desconfiar, que toda vez que a gente tinha relação, ele ia na farmácia e comprava pílula do dia seguinte pra mim, e homem que fez vasectomia não tem preocupação com isso[...]

(Fada Deive, 17 anos)

Evidenciamos por meio das entrevistas que as adolescentes não tinham o hábito de usar o preservativo para evitar as DST. O depoimento da fada Deive, por exemplo, indica o baixo nível de informação da adolescente. O pouco conhecimento demonstrado sobre a importância do uso do preservativo levou Deive a ser facilmente enganada por seu parceiro.

Por conta da dificuldade no atendimento, da utilização incorreta dos contraceptivos orais, da dificuldade de negociação com seus parceiros, da pouca

utilização de preservativos (usados para prevenir apenas a gravidez) e até mesmo pela má fé do parceiro de uma das adolescentes entrevistadas, 41,67% das adolescentes revelaram que em algum momento de suas vivências sexuais já haviam lançado mão do recurso da “pílula do dia seguinte”. Os fatos aqui relatados evidenciam a vulnerabilidade individual das adolescentes, uma vez que elas não faziam uso do preservativo visando à prevenção de DST. A vulnerabilidade social aparece aqui mais uma vez por conta da dificuldade de negociação quanto à utilização do preservativo e a falta de acesso à informação. Portanto, a gestação destas adolescentes pode ser classificada como uma vulnerabilidade social.

A pílula do dia seguinte pode ser facilmente comprada em qualquer drogaria da Cidade do Rio de Janeiro, bastando, para tanto, um simples telefonema. A farta comercialização do medicamento pode ser constatada principalmente nos finais de semana nas farmácias que ficam abertas 24 horas. A pílula vem sendo usada de maneira incorreta porque ao substituir o preservativo, com a finalidade de evitar uma gravidez indesejada, deixa a usuária vulnerável às chamadas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

A indicação da contracepção de emergência é norteadas nas seguintes situações: falha no método em uso ou na utilização, violência sexual, não utilização efetiva de qualquer método anticoncepcional. Sua prescrição deve ser feita por um profissional médico, constituindo-se um direito da adolescente. O medicamento, no entanto, não é um método abortivo e sua indicação para este fim constitui violação do direito da adolescente à informação e acesso aos métodos. Nos casos de violência sexual, deverão ser observadas as normas do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006.p.42)

O afastamento da população adolescente dos serviços de saúde, a deficiência das orientações prestadas e a prevenção às DST, realizada de modo incorreto, foram responsáveis pelo diagnóstico de sífilis em duas das adolescentes entrevistadas. No entanto, o diagnóstico da referida DST só foi possível, em ambos os casos, devido à gestação das referidas adolescentes. Do contrário, elas não saberiam que eram portadoras de sífilis, visto que muitas das DST se manifestam de maneira assintomática.

O diagnóstico só foi possível graças ao protocolo do Ministério da Saúde que preconiza, com vistas à prevenção e diagnóstico da sífilis materna, a realização do teste VDRL na primeira consulta do pré-natal. A ida da gestante ao médico deve ocorrer preferencialmente no 1º trimestre da gravidez. Outro exame deve ser realizado no início do terceiro trimestre (28ª sem.) da gravidez. Os casos diagnosticados em gestantes devem ser imediatamente tratados juntamente com seus parceiros. O tratamento é considerado adequado quando está adequado ao estágio da doença, é realizado com penicilina e é concluído. É necessário ainda que o referido tratamento seja finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, concomitante ao tratamento dos parceiros. (BRASIL, 2003. p.14)

Cabe destacar contudo que, por vezes, a adolescente inicia seu pré-natal tardiamente porque demora a anunciar sua gestação à família por medo, vergonha ou até mesmo desconhecimento, uma vez que, nesta fase da vida, a adolescente ainda não tem ciclos menstruais regulares. Das adolescentes entrevistadas, apenas 37,5 % (3) realizaram pré-natal com o número superior de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Isso nos leva a crer que elas podem ter iniciado o pré-natal no tempo certo. Das restantes que realizaram pré-natal, 62,5% (5) tiveram um número de consultas inferior às seis preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Também com vista à prevenção, o Ministério da Saúde preconiza que tanto na admissão para parto quanto para curetagem, deverá também ser realizada a triagem para sífilis. O exame VDRL será realizado em toda mulher admitida, independentemente dos resultados dos exames realizados no pré-natal. (BRASIL, 2005. p.32)

É muito importante que a sífilis seja diagnosticada durante o pré-natal, de maneira que sejam evitados agravos maiores ao concepto por transmissão vertical. O não tratamento de gestantes portadoras de sífilis pode acarretar sérias conseqüências para a saúde dos recém-natos, tais como surdez e problemas neurológicos em decorrência da sífilis congênita.

A fim de promover o manejo adequado nos recém-nascidos, o exame VDRL dever ser realizado em amostra de sangue periférico de todos os recém-nascidos, cujas mães apresentaram VDRL reagentes para sífilis na gestação, ou no parto ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita. O sangue de cordão para fins de diagnóstico sorológico não devem ser usado por causa da presença de sangue materno e a ocorrência de atividade hemolítica. A utilização dessas amostras pode determinar resultados falsos. Os casos detectados de sífilis congênita e de sífilis materna deverão ser imediatamente tratados, assim como os respectivos parceiros. (BRASIL 2005, p.33)

O Ministério da Saúde realizou um estudo em seis capitais brasileiras com a finalidade de fomentar o conhecimento da realidade brasileira quanto às DST no contexto da saúde pública no país. O universo pesquisado envolveu 3303 gestantes. Deste total, 33,1% eram menores de 20 anos. Dos resultados obtidos, as maiores prevalências dos casos de gonorréia, clamídia e HPV ocorreram na

população adolescente, na faixa etária de 10 a 19 anos. Sendo a maior prevalência de sífilis em mulheres acima de 40 anos. (BRASIL, 2008.p.72-76)

Para Kroll, o crescimento vertiginoso das infecções pelo HIV e outras DST na população adolescente e a pouca densidade de políticas de saúde voltadas para esta população específica estão a exigir a adoção de trabalhos educativos preventivos que tenham como sujeito a adolescente e como tema a sexualidade. (KROLL *et al*, 2005. p.41)

A prevenção da sífilis em gestantes e da sífilis congênita em recém- nascidos é primordial. E os resultados do estudo, realizado pelo Ministério da Saúde, confirmam a necessidade de os programas voltados para a prevenção das DST no período da adolescência serem intensificados. Do contrário, no futuro poderemos vir a ter um grande percentual de adolescentes desenvolvendo câncer de colo uterino em decorrência da contaminação pelo HPV, conforme o próprio estudo demonstra. É bom lembrar que estes são resultados isolados de estudos e só retratam uma pequena parcela da população brasileira. Outro ponto a ser destacado, é que uma das maternidades que serviu de campo para a referida pesquisa do Ministério da Saúde, na Cidade do Rio de Janeiro, foi o mesmo cenário de pesquisa utilizado para a realização do presente estudo.

Este estudo apontou que das 12 adolescentes entrevistadas, 66,67% (8) realizaram o pré-natal, das quais apenas 37,5% (3) submeteram-se a um número, de consultas superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde que é de, no mínimo, 06 consultas. Já o percentual de adolescentes que realizaram o pré-natal com número inferior de consultas foi de 62,5% (5). Por outro lado, 33,33% (4) das investigadas não fizeram pré-natal. A partir do percentual de adolescentes que não realizou o pré-natal e aquelas que não realizaram o número mínimo de consultas

preconizadas, é possível concluir que a captação das adolescentes para o pré-natal deve ser revista, já que esta é uma das poucas razões que ainda aproxima as adolescentes dos serviços de saúde.

Segundo Melo, as adolescentes, em sua maioria, tendem a iniciar tardiamente seu pré-natal ou não procuram assistência. Sem essa assistência pré-natal, as adolescentes e os recém-nascidos se tornam mais vulneráveis. (MELO, 2001.p.10)

As adolescentes cujos casos de sífilis foram diagnosticados no pré-natal foram as fadas Daisy e Mab.

A fada Daisy, uma adolescente de 16 anos estava grávida de seu primeiro filho e era uma paciente VDRL positivo. Segundo seu prontuário, o resultado da titulação de seu exame VDRL, realizado no pré-natal, foi de 1: 8. A mesma foi tratada, na ocasião, com penicilina G benzatina por 3 semanas.

O esquema usado em seu tratamento foi o preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde para sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou duração ignorada (sífilis na gestação). O procedimento consiste em 3 séries cuja dose total é de 7.200.000 UI, com intervalo de 1 semana entre as doses. (BRASIL, 2005. p.31)

Ainda segundo o prontuário da depoente, o resultado do exame VDRL de seu parceiro, feito no mesmo período, deu resultado negativo. Como alguns resultados do exame VDRL podem apresentar resultado falso-negativo, havendo a necessidade de exames mais apurados, o parceiro da adolescente realizou outro VDRL e aguardava o resultado, conforme a norma do órgão regulador.

Fada Daisy foi internada na unidade hospitalar, por uma ameaça de parto prematuro, e também fez novo exame VDRL. O resultado 1:4, aparece no prontuário médico com o diagnóstico de possível cicatriz sorológica. Ao longo de seu

depoimento, o mais extenso de todos, a adolescente, em nenhum momento, fez menção à sua contaminação pela sífilis. Ela deixou claro diversas vezes que não gosta de conversar “sobre esses assuntos”.

Ao se referir às DST, fada Daisy deixou entrever certo constrangimento, possivelmente por saber que seu exame VDRL fôra positivo e a levava a se submeter a tratamento para sífilis. Ela demonstrou saber que a sífilis é uma DST, mas não admitiu em nenhum momento de seu depoimento, ser portadora da referida doença. A exemplo da maioria das adolescentes entrevistadas, Daisy referiu ter receio de contrair a AIDS por saber que a doença não tem cura. Seu receio se devia também ao fato de “as pessoas terem preconceito em relação a AIDS”.

[...] Conhecer assim [...] eu não conheço, eu sei que tem a AIDS, a sífilis [...] mas eu não conheço todas não [...] Na verdade [...] eu não sei nada sobre elas [...] se preveni com preservativos [...] mas [...] conhecer, conhecer assim [...] eu não conheço não. Por que assim [...] [a AIDS não [...] não tem cura, eu tinha medo de pegar essa doença, [...] uma doença que eu saiba que não vai nunca ficar curada e eu tinha medo das pessoas souber que eu tava com aquela doença, sei lá [...] se afastar de mim, com medo de alguma coisa, porque tem muitas pessoas que tem preconceito [...] esse [...] esse é o meu medo[...]

(Fada Daisy, 16 anos)

Acreditamos que a adolescente possivelmente não reconheceu ser portadora da sífilis devido ao preconceito que ela admitiu existir em relação a AIDS. Sabemos, contudo, que o preconceito mencionado por ela não existe só em relação a AIDS, mas a todas as DST, e que estas doenças sempre estiveram associadas, de um modo geral, à promiscuidade e às “mulheres de vida fácil”. Também merece destaque, sua visível dificuldade em abordar a temática. Essa fuga seguramente está relacionada à suas raízes culturais oriundas da educação que recebeu na infância.

Com relação à questão do estigma, Madureira diz o seguinte: "Relacionadas com práticas e comportamentos sexuais, as DST estão impregnadas de um forte estigma e não parecem estar em consonância com o "perfil ideal" de mulher socialmente construída, sendo mais compatíveis com sujeitos que têm práticas e comportamentos que fogem à norma. (MADUREIRA, 2005. p.35)

O relato de fada Mab, uma adolescente de 19 anos também contaminada pela sífilis, nos chamou a atenção por vários aspectos. A começar pelo fato da própria adolescente mostrar-se surpresa e sinalizar-nos que caso não houvesse engravidado, não tomaria conhecimento de sua contaminação. A sífilis, disse ela, não apresentou nenhuma sintomatologia, ao contrário do que aconteceu na época em que apresentou candidíase. Nesta ocasião, ela tratou-se com medicamentos caseiros e só procurou auxílio médico quando chegou à conclusão que realmente necessitava de ajuda.

Mab contou que descobriu ser portadora da sífilis após ser atendida no setor de emergência de um hospital. "Eu já estava na rua quando me telefonaram avisando que precisaria retornar ao hospital" - lembrou. A adolescente, segundo seu relato, ficou apreensiva porque, a princípio, o que lhe veio à cabeça foi uma possível contaminação pelo vírus da AIDS. Mas foi tranquilizada pela profissional que ao telefone, informou a natureza da alteração em seu exame VDRL.

Fada Mab questionou, em seu relato, o fato de estar fazendo pré-natal e não ter sido avisada de sua contaminação. Ela relatou que seu tratamento para a sífilis foi à base de "benzetacil", mas não mencionou quantas doses foram administradas nem tampouco o intervalo entre elas. Essas informações não constavam em seu prontuário ou no cartão de acompanhamento gestacional.

A adolescente mostrou-se insatisfeita com a médica que a atendeu no hospital. A profissional, segundo Mab, só lhe informou ser portadora de uma DST sem, contudo, lhe dar maiores esclarecimentos. Para suprir suas dúvidas, a adolescente buscou informar-se pela “internet”.

Outro questionamento levantado pela adolescente foi quanto à qualidade das consultas de seu pré-natal, pois, segundo Mab, seu médico pouco lhe explicava sobre a gestação e os cuidados que deveria ter. As poucas indicações que recebeu foram obtidas por questionamentos que ela mesma formulou. Fada Mab informou, no entanto, que foi orientada a utilizar preservativos nas relações sexuais durante seu tratamento, mas não seguiu as orientações. Apesar do resultado do exame VDRL de seu parceiro ter sido negativo, a adolescente não deixou claro se este realizou novos exames e/ou fez tratamento.

[...] quando eu fui no médico [...] ele [...] aí ele me explicou, assim por alto, falou que era uma DST, falou do tempo [...] só que não especificou, como eu já falei, não especificou [...] como [...] se eu não perguntasse, ele [...] assim, não falaria quase nada [...] já não falou quase nada, falaria menos ainda [...] assim me explicou basicamente [...] muito superficialmente, se eu não tivesse procurado outros métodos de saber [...] de entender [...] continuaria sem saber até hoje [...]

(Fada Mab, 19 anos)

Mab relatou que, ao ser internada na maternidade, seu exame VDRL foi repetido e a “taxa deu alta” motivo pelo qual estava repetindo o tratamento com “benzetacil”. A voz da depoente embargou quando ela afirmou que ainda estava na maternidade devido ao tratamento de sua filha para sífilis congênita. Neste momento, fada Mab deixou-se levar pelo choro.

A adolescente apresentou aqui vulnerabilidade social, pois, além de ter tido pouco acesso à informação, a qualidade das orientações recebidas foi deficiente. Por estar diretamente relacionada ao grau e tipo de envolvimento do profissional, a

vulnerabilidade programática também a afetou. Ficou evidenciado, assim, o pouco comprometimento do profissional que a atendeu.

A emoção que tomou conta da adolescente deveu-se ao fato de ela se sentir culpada pela transmissão vertical da sífilis congênita, e da necessidade de sua filha ser submetida a um tratamento. Em estudo realizado por Silva (2003. p.122), esta autora constatou que a mulher se sente responsável pela transmissão vertical.

Outro questionamento levantado pela adolescente é o fato de o tratamento de sua filha já estar na 6ª dose e ninguém ainda ter-lhe orientado sobre possíveis conseqüências da contaminação. Ela também não foi informada se só o tratamento será suficiente. Segundo a adolescente, “só lhe disseram que ela era VDRL positivo”.

[...] assim, ninguém me orientou ainda [...] entendeu, com esse tratamento, se ela corre risco de ter alguma coisa, até agora não conversaram comigo [...], ela tá na 6ª dose [...] entendeu [...] e até agora ninguém conversou comigo [...] se assim [...] mesmo ela tomando antibiótico [...] pode vir a acarretar alguma coisa no futuro, se vai [...] se ela vai ter curado, vamos dizer assim [...] disso [...] se ela não vai ter mais, tomando esse [...] esses antibióticos, se daqui prá frente ela vai ter que tomar [...] outro, vai repetir a dose [...] entendeu, isso aí eu ainda não sei, que não conversaram comigo, a única coisa que falaram [...] que ela era VDRL positivo, que deu a mesma taxa, de quando eu descobri que eu tinha que é um e meio, ih [...] falaram: [...] Oh, sua filha é VDRL positivo [...] e ela vai ter que ficar aqui durante 10 dias, pra poder “tomá” o [...] os antibióticos [...]

(Fada Mab, 19 anos)

O relato de vida desta adolescente apresenta importantes falhas no plano programático da vulnerabilidade, que vai desde seu atendimento na emergência de um hospital, passa pela unidade básica onde a adolescente realizou seu pré-natal e termina no alojamento conjunto da maternidade na qual a filha da adolescente nasceu. A assistência prestada à adolescente não foi adequada em nenhuma das três unidades onde ela foi atendida, visto que as orientações recebidas foram bastante deficientes. Os profissionais de saúde também deixaram lacunas a

preencher no que diz respeito ao parceiro da usuária adolescente acometida pela sífilis.

Para Kroll, esta realidade denota deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo um movimento por parte do governo e da sociedade no sentido de promover a saúde e o desenvolvimento da juventude. (KROLL *et al*, 2005. p.46)

Os protocolos do Ministério da Saúde preconizam a melhoria da qualidade de vida da população, os usuários do Sistema têm o direito de ser esclarecidos sobre os procedimentos realizados e a importância de cada um deles. Caberia neste momento o devido esclarecimento à adolescente por parte dos profissionais de saúde, envolvidos com a assistência ao binômio mãe e filha, sobre a importância do tratamento para a recém-nascida. As orientações quanto ao acompanhamento ambulatorial, necessário nos casos de sífilis congênita, devem ser aprofundadas no momento da alta hospitalar.

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o recém-nascido, após ser submetido ao tratamento para sífilis-congênita, deve ser acompanhado, em nível ambulatorial, com consultas mensais até o 6º mês de vida e bimensalmente do 6º ao 12º mês. Exames VDRL devem ser realizados com 1 mês, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento com dois exames negativos consecutivos. (BRASIL, 2005. p.39)

De acordo com Meyer, o plano programático da vulnerabilidade envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são necessários para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e aperfeiçoar seu uso. (MEYER *et al*, 2007. p.234)

A partir da análise das Histórias de vida das adolescentes evidenciamos que nenhuma desenvolveu qualquer estratégia visando à prevenção de uma DST. Assim como, também foi evidenciada, a baixa qualidade das informações prestadas pela escola e serviços de saúde, com vistas à prevenção destas doenças.

Já dissemos aqui que o estilo de vida das adolescentes entrevistadas faz delas pessoas mais vulneráveis a contrair uma DST, uma vez que admitiram não utilizar preservativos em suas relações sexuais. Algumas das adolescentes têm múltiplos parceiros e, em sua maioria, não procuram os serviços de saúde com regularidade. Portanto, não sabem se são portadoras de alguma DST, uma vez que a maioria destas doenças é assintomática.

Deste modo, caso alguma destas adolescentes seja portadora de outra DST além da sífilis, cujo diagnóstico só foi possível graças ao protocolo do Ministério da Saúde, elas serão facilitadoras de sua propagação.

Para finalizar a análise desta categoria lanço mão do pensamento de Boehs (2002. p.95). Esta autora ressalta que o grande desafio dos profissionais de enfermagem que se aventuram a cuidar do outro de uma maneira mais abrangente é lançar um olhar antropológico sobre o tema. Isto significa, dentro da cultura da enfermagem, despir-se momentaneamente da armadura do modelo profissional, ver o cliente no seu mundo e entender suas ações sem, contudo, deixar de ser o profissional de enfermagem.

Devemos, então, refletir sobre a qualidade do cuidado que temos prestado à população adolescente. É necessário, por meio de um esforço conjunto, abandonar o modelo assistencial voltado apenas e tão somente para o cuidado. Precisamos enxergar as adolescentes com um olhar despido de nossas próprias raízes culturais. Só assim vamos conseguir entendê-las dentro de seus valores sociais e culturais. É

a partir destas mudanças que vamos transformar nosso cuidado em algo mais acolhedor e humanizado. Caso estas mudanças não ocorram, a população adolescente continuará distante dos serviços de saúde, sem orientação adequada, vulneráveis a adquirir DST, a engravidar sem planejar e a por em risco a sua vida.

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a História de Vida das doze adolescentes que compuseram este estudo, durante seu atendimento no alojamento conjunto revelou diversos aspectos importantes. Os subsídios aqui gerados podem ser aproveitados não só no planejamento da assistência, mas também na formulação de novas políticas públicas de saúde voltadas para a área da adolescência e até mesmo na reformulação das já existentes.

Enquanto enfermeira atuando há alguns anos com adolescentes nesta unidade, costumava atribuir a conduta delas ao período da adolescência, como, aliás, a maioria dos profissionais de saúde faz. Os depoimentos colhidos, no entanto, levaram-me a perceber que essas jovens são algo mais do que apenas meninas que não se protegeram e terminaram adquirindo uma DST ou até mesmo engravidando.

Na medida em que o estudo foi sendo desenvolvido, percebi que a vulnerabilidade individual destas adolescentes é consequência não só da falta de medidas protegidas e protetoras, mas de algo muito mais complexo que envolve não só a vulnerabilidade individual de cada uma delas, mas possui ligação direta com os planos social e programático.

A pesquisa mostrou matizes sociais muito mais profundas do que as que normalmente enxergamos quando realizamos o atendimento com uma visão cartesiana pautada na doença e em procedimentos. As adolescentes pesquisadas procedem de baixa classe social, com pouca ou nenhuma escolaridade e convivem com situações de violência dentro e fora de seus núcleos familiares.

Devido à sua procedência, estas meninas não tiveram oportunidade de estudo, assim como algumas de suas mães devido à baixa condição financeira. Evidenciamos que tanto o ciclo de pobreza quanto a falta e/ou deficiência de informações tende a se perpetuar. A aliança destes dois fatores faz com que estas adolescentes não vislumbrem muitas possibilidades e com isso busque em um companheiro uma nova perspectiva de vida. Entretanto, devido à falta de informação e poder de negociação, elas terminam por se submeter aos desejos de seus parceiros numa relação desigual de gêneros, submetendo-se a manter relações sexuais sem a devida proteção contra as DST.

Os conflitos familiares e as situações de violência, sejam intrafamiliares e sexuais vivenciadas por estas adolescentes, assim como por tantas outras adolescentes que diária e silenciosamente passam por nós, profissionais de saúde, são responsáveis por aumentar a vulnerabilidade destas meninas e conseqüentemente por torná-las menos resilientes.

A partir deste estudo proponho propor a realização de um trabalho interdisciplinar, na referida unidade de saúde, com a finalidade de trabalhar a auto-estima das adolescentes atendidas na maternidade. Sugiro a formação de grupos focais visando aumentar a resiliência das nossas clientes a fim de diminuir sua vulnerabilidade. O objetivo é fazer com que elas adquiram capacidade suficiente para negociar em melhores condições com seus parceiros no futuro.

A realização deste estudo vem corroborar com as evidências levantadas em outros estudos da mesma natureza que identificaram a vulnerabilidade das adolescentes às DST, uma vez que nos foi possível identificar a condição de vulnerabilidade das adolescentes a partir de suas Histórias de Vida. Este estudo

também nos possibilitou evidenciar que as adolescentes entrevistadas não adotavam estratégias de prevenção às DST.

A pesquisa mostrou também que as adolescentes não buscaram os serviços de saúde visando à prevenção para o exercício pleno de sua sexualidade. Na verdade, aquelas que procuraram os serviços de saúde ou planejamento familiar, foram lá com o intuito de prevenir somente uma futura gravidez. Mas que planejar, a adolescente necessita de serviços que lhe ofereçam a possibilidade do exercício pleno e protegido de sua sexualidade.

Como o próprio estudo demonstrou as adolescentes só procuraram os serviços de saúde para realização do pré-natal e, desta forma, as que eram portadoras de alguma DST foram diagnosticadas. Cabe destacar que foram diagnosticadas, apenas as DST incluídas no protocolo do Ministério da Saúde, que cobre o período do pré-natal. O último estudo realizado pelo próprio Ministério da Saúde, em cinco capitais brasileiras, revelou, entre seus resultados, os altos índices de DST como gonorréia e HPV em gestantes adolescentes, sendo os casos de sífilis mais comuns em mulheres acima de quarenta anos. A prevenção da sífilis congênita é essencial, contudo também se faz necessária a detecção precoce destes casos de DST, principalmente, as causadas pelo HPV. A finalidade é prevenir o progressivo aumento dos casos de câncer de colo de útero, principalmente em adolescentes.

Foi possível também evidenciar com a realização deste estudo, a deficiência nas consultas de pré-natal devido à baixa qualidade das informações prestadas.

Quando iniciei este estudo, movida pela inquietação da vulnerabilidade das adolescentes às DST, não imaginava a magnitude desta vulnerabilidade. Ao concluir este estudo, evidenciei que as adolescentes têm algumas informações sobre as DST, entretanto estas informações são ainda bastante incipientes. Na verdade, as

adolescentes assim como grande parte da população, só mencionaram a AIDS como uma DST. Afinal de contas, o HIV, no imaginário popular, é o grande vilão responsável pela morte de seus portadores. Quanto às demais DST, as adolescentes do estudo as desconheciam ou tinham conhecimento delas de maneira muito superficial, sem levar em conta a dimensão dos agravos que estas doenças podem desencadear a médio e longo prazo.

Quanto aos Programas de Saúde voltados para a Saúde da adolescência, sabemos que existem. Temos consciência de que por meio de projetos, levantamentos e pesquisa, muitos esforços são implementados para melhorar a qualidade de vida a nossas (os) adolescentes. Os depoimentos colhidos, no entanto, indicam que ainda existem falhas estruturais nestas iniciativas. As lacunas persistem na capacitação dos profissionais de saúde quanto na capacitação dos profissionais da área educacional no que diz respeito à sexualidade da adolescente e a prevenção das DST.

O desenvolvimento deste estudo trouxe à tona outras evidências. Percebemos que para cuidar de adolescentes no momento em que se descobrem portadoras (os) de uma DST, ou em qualquer outra ocasião, é necessário desenvolver a chamada escuta ativa. É imprescindível que nos livremos de quaisquer preconceitos. Na verdade, nossas atitudes ainda são influenciadas por diversos tabus, arraigados aos nossos princípios, e que nada mais são do que consequência de nossas raízes sociais e culturais.

Silva adverte que ao lidarmos com nossa clientela, principalmente a adolescente é necessário examinar cuidadosamente a forma de comunicação utilizada. Devemos dedicar essencial atenção ao tipo de linguagem usada, que deve ser concisa, esclarecedora e sem rodeios, adequando a terminologia técnica e

respeitando a cultura, os valores e o modo de vida de cada indivíduo. (SILVA, 2003. p.98)

Nós, enfermeiros, também fazemos parte do grande contingente de profissionais que ainda está falhando na abordagem desta população, tanto no espaço ambulatorial, quanto no espaço hospitalar. Quando abordamos nossas (os) adolescentes, não procuramos saber nada sobre sua vivência sexual. A realização deste estudo permitiu-nos compreender bem a importância de saber como nossa população adolescente vivencia sua sexualidade a fim de que possamos detectar suas deficiências apontadas pelas (os) próprias (os) usuárias (os) do sistema. Para atender melhor a demanda da população adolescente, no entanto, é necessário criar programas de capacitação no atendimento específico dessa clientela. Como existem poucas instituições voltadas para esta população, é imprescindível investir em um maior número de serviços especializados no atendimento da (o) adolescente. Possibilitar às (aos) adolescentes a informação é, antes de tudo, um direito desta clientela enquanto cidadãos.

Sabemos, portanto, que nosso modo de cuidar também é deficiente. Por isso, somos igualmente responsáveis por uma parcela desta vulnerabilidade programática. Os programas existentes são isolados e não conseguem dar conta da demanda.

É fundamental, portanto, aprimorar a capacitação dos profissionais responsáveis pelo atendimento à população adolescente, independente do contexto no qual desenvolvam suas atividades. O aperfeiçoamento da formação dos profissionais de enfermagem não pode deixar de levar em conta os princípios holísticos e o respeito às especificidades da adolescência e às raízes culturais de nossa clientela.

Quando planeja a assistência a todo e qualquer paciente, em especial a clientela adolescente, o enfermeiro deve buscar oferecer-lhe uma assistência acolhedora, ao invés daquela puramente tecnocrática. Para tanto, o profissional de enfermagem deve considerar teorias de enfermagem de cunho transcultural, como a Madeleine Leininger. Elo da cadeia da saúde mais próxima da clientela, a enfermeira (o) seguramente tem um papel importante a cumprir na melhoria do atendimento prestado às adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL Maurício. **Adolescência normal** Trad. de Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. 92p.

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO Mary Garcia; SILVA Lorena Bernadete da. **Juventude e Sexualidade**. UNESCO Brasil, 2004. 426p.

_____, Miriam et al. **Juventude e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para Políticas públicas** – Brasília: UNESCO, BID, 2002. 192p.

ALBUQUERQUE, Elizangela; ANDRADE, Cícera. **Sexualidade na adolescência rompendo mitos e tabus. Série saúde sexual** – Folha Educativa 2. 2006. Disponível em: www.adolesc.br/documents/FolhaEducativa2.pdf.

ALMEIDA, Anacy de Fátima Faustino. **De menina e Mãe adolescente: uma construção da vulnerabilidade de gênero**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 1999. 178p.

AMARAL, Marta Araújo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. **Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual**. *Ver. Esc. Enferm. USP* 2006; 40(4): 469-76. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/278.pdf>. Acessado em 19 Out 2007.

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Superação de dificuldades na infância e Adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde/** Simone Gonçalves de Assis; Joviana Quintes Avanci; Renata Pires Pesce; Suely Ferreira Deslandes. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2006.

ATKINSON, Robert. **Life story interview**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications University Paper on Qualitative Research Methods, v. 44, 1998.

AYRES, J.R.C.M. **Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares**. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.113-28, 2003. Disponível em: <http://www.interface.fmb.unesp.br/revista12/artigo4.pdf>. Acessado em: 21 Out 2007.

_____, J.R.C.M. **O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes**. In: TOZZI, D., SANTOS, N.L., AMARO, C.M., ALMEIDA, E., SILVA, E.J., PEREIRA, M.L. (Orgs.) *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996a. p. 15-24. (Série Idéias, 29).

AVANCI, Joviana Q. et al. **Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Jul-Set 2007, Vol. 23 n. 3, pp. 287-294.

BARBOSA, Luiza de Marilac Meireles, **Glossário de Epidemiologia & Saúde**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. Epidemiologia & Saúde, 5ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P 523-557.

BERTAUX, Daniel. **Los relatos de vida: perspectiva etnosociológico**. Ediciones Bellaterra, S/A. 2005, 144 p.

_____, D.L`Approche biographique: As validité metthodologique, les potentialities. Cathies Internationaux de socialigie, LXIX, p.197-225,1980.

BIÉ, Ana Paula Alexandre; DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. **Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto?**. RBPS;19(3):125-130. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil. 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf408/40819302.pdf>. Acessado em: 20 Out 2007.

BLUM, R. W. **Risco e resiliência. Sumário para desenvolvimento de um programa**. In: Adolescência Latinoamericana 1414-7130/1-16-19, 1997.

BOEHS, Astrid Eggert. **Análise dos conceitos de negociação / acomodação da teoria de M. Leninger**. Rev Latino-Am Enfermagem 2002 jan-fev; 10(1): 90-6.

BORGES, Ana Luiza; SCHOR, Neia. **O início da vida sexual na adolescência e relação de gênero: um estudo transversal em São Paulo**, Brasil, 2002. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 499-507 Mar - Abr., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalência e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.--- Brasília: Ministério das Saúde, 2008. 224p.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponível em: http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf. Acesso em: 20 Nov. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS.**Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. 32p.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde – 2ª Edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.—Brasília: Ministério da Saúde, 2006 . 24p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.140p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 52p.

_____. **Direitos Sexuais e Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24p.

_____. D.O.U – Diário Oficial da União; Poder Executivo, 08 de abril de 2005. **Lei n.º 11.108**, de 07 de abril de 2005.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil** – promulgada em 05 de outubro de 1988. 15ª Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, 376p.

_____. Ministério da Saúde. **PN-DST/AIDS**, 2003. Estimativas de algumas DST na população ativa no BRASIL. Obtido em: www.aids.gov.br.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puérperio: assistência humanizada à mulher**. Brasília: 2001.

_____. **Diretrizes e Normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos** – resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2000.

_____. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento/ Nélia Schor, Maria do Socorro F. Tabosa Mota, Vivine Castelo Branco, organizadores. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, 1999. V.1.

CAVASIN, S. (Org.) **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro: ECOS, 2004. Disponível em: <http://www.ecos.org.br/docs/Pesquisa%20Gravidez%20na%20Adolescencia%20-%20Mar%C3%A7o2004.pdf>. Acessado: 02 jul 2006. 96p.

CHODOROW, N. **Estrutura familiar e personalidade feminina**. In: ROSALDO, & Lamphere (org). **A Mulher, A cultura e a sociedade**. Tradução de Cila Anker e Rachel Gorenstein. Rio de Janeiro: Pais e Terra, 1979.

CODES, José Santiago de et al . **Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2006000200010

CROMACK, Luiza et al. **Doenças Sexualmente Transmissíveis referidas por gestantes no Estado do Rio de Janeiro**, In: LEMOS, Kátia Regina Valente de (Org.). Boletim Epidemiológico DST-AIDS – Dez 2006. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Dstaidis/Boletim_Epid_2006.pdf. Acessado em: 02 Nov 2007.

DADOORIAN, Diana. **Pronta para voar: Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 122p.

DEL PRIORI, Mary. O amor em terras brasileiras. *Estudos feministas*, Florianópolis, 24(1):305-323, janeiro-abril/2006.

DORETO, Daniella Tech; VIEIRA, Elisabeth Meloni. **O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto**, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000026

ELSEN, Ingrid; ALTHOFF, Coleta R.; MANFRINI, Gisele C. **Saúde da Família: Desafios Teóricos.** *Fam. Saúde*, Curitiba, v. 3, n. 2, p.89-97, jul./dez. 2001

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário de Língua Portuguesa.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Aurino Lima; LEAL Ana Lúcia. **Formação Humana e Adolescência: A Espiritualidade como Fator de Promoção da Resiliência.** Disponível em: <http://elogica.br.inter.net/ferdinan/aurinolima_com.pdf >. Acesso em: 25 Nov 2008.

FIALHO, Margaret. Cuidados e precauções. *Rev. Mente & Cérebro* v.1 – O Olhar Adolescente, 2007. p. 92-98.

FILHO, Haroldo César Saletti; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; TAVARES, Camila Silva; CAVALCANTI, Marcel Lima. **Barraca Inventiva: Acesso e Reflexão sobre a camisinha.** Projeto desenvolvido pela Faculdade de Medicina da USP e pela Associação Projeto Jovem Inventivo com apoio do Programa Gênero, Reprodução, Ação e Liderança de 2002 da Fundação Carlos Chagas e da Fundação Mac Arthur p.2. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/barracaintinerante-1.pdf>. Acessado em 10 out. de 2008.

GLAT, Rosana; SANTOS, Rosângela da Silva Santos; PLETSCHE, Márcia Denise; NOGUEIRA, Mario Lúcio de Lima; DUQUE, Maria Auxiliadora Ferreira Tiburcio; O

Método de História de Vida na Pesquisa em Educação Especial. Rev. Bras., Marília. Maio-ago. 2004 v.1, n.2, p.235-250. Edição Especial.

GUARESCHI, Neuza M. F. et al **Intervenção na condição de vulnerabilidade Social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo.** ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 20-30, abr. 2007

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia **Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas.** Ciência &Saúde Coletiva, 10(2): 357-363, 2005.

HEILBORN, Maria Luiza; SALEN, Tania; ROHDEN, Fabíola et al. **Aproximações sócioantropológicas sobre a gravidez na adolescência.** Horiz. Antropol. [Online].2002, vol.8, N 17 [cited 2007-08-25], pp.13-45. Available from: <http://www.scielo./sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S104-7183200200100002&ing=in&nrm=iso>

_____, Maria Luiza et al. **Sexualidade, família e ethos religioso.** Rio de Janeiro. Ed. Garamond, 2005. 344p.

_____, Maria Luiza, AQUINO, Estela M. L. e KNAUTH, Daniela Riva. **Juventude, sexualidade e reprodução.** *Cad. Saúde Pública.* [on-line]. Jul. 2006, vol.22, no.7 [citado 02 Julho 2006], p.1362-1363. Disponível na Word Wide Web: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700001&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0102-311X

KROLL, Andrea Francis et al. **Adolescência e Sexualidade; Um Diálogo Necessário.** Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 19 | Número 2 | Jul./Dez. 2005

LEÃO, Luciana Melo de Souza. **Saúde do adolescente: Atenção integral no plano da utopia.** Recife 2005. Tese (Mestrado em Saúde Pública) Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 149p.

MACIEL, Rubens de Aguiar; ROSEMBURG, Coronélio Pedroso. **A Relação Mãe-Bebê e a Estruturação da Personalidade.** Saúde e Sociedade v.15, n.2, maio-ago 2006, p.96-112.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. **A visão masculina das relações de poder no casal heterossexual como subsídio para a educação em saúde na prevenção de DST/AIDS.** Florianópolis, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005. 287p.

MARCÃO, Renato. **O aborto no anteprojeto de Código Penal.** Jus Navigandi, Teresina, ano 6, n.57, jul. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2961>>. Acesso em: 02 Mai. 2008.

MATOS, Mariana; FÉRES-CARNEIRO Terezinha & JABLONSKI Bernardo. **Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens das camadas populares cariocas**. *Interação em Psicologia*, 2005, 9(1), p. 21-33

MEYER Dagmar E.Estermann et al. **Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas**, *Educação em Revista*. Belo Horizonte. n. 46. p. 219-239. dez. 2007.

MELO, Fernanda dos Reis. **Gravidez Adolescente e Vulnerabilidade Social nas Grandes Metrôpoles: O Caso das Comunidades de Praia da Rosa e Sapucaia**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado – Área da Ciência em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, 2001.

MOTTA, Maria da Graça Corço; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; PEDRO, Eva Neri Rubim; COELHO, Débora Fernandes. **Vivências da mãe adolescente e sua família**. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, V.26, nº1, p.249-256, 2004.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Baptista de. **Sexualidade, maternidade e gênero: experiências de socialização de mulheres jovens de estratos populares**. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado – Pós Graduação em Educação. Área de Concentração: Sociologia da Educação) - FEUSP / Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 232p.

OROSCO, Dolores. **Ídolos pop levantam a bandeira da virgindade e fãs adotam “anel da pureza”**. Disponível em: <http://g1.globo.com/noticias/PopArt/0,,MUL772990-7084,00.html>. Acessado em 17 nov. 2008.

PIROTTA, Kátia Cibelle Machado; BARBOZA, Renato; PUPO, Lígia Rivero; CAVASIN, Sylvia; UNBEHAUM, Sandra. **Educação Sexual na Escola e Direitos Sexuais e Reprodutivos**. In: MONDINI, L. ET AL (Orgs.) *Juventude & Vulnerabilidade*. Boletim do Instituto de Saúde. Ano XII - n.º 40- Dezembro de 2006. Disponível em http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista_id=2, acessado em 23 de Nov. 2008.

_____, Kátia Cibelle Machado et al. **Educação sexual na escola e Direitos sexuais e reprodutivos**. Avaliação da Política da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo – 2001 a 2005. Disponível em: http://www.ecos.org.br/download/artigo_aval_Ed_Sexual_01_julho_2007.pdf. Acesso em: 01 julho de 2007.

RIBEIRO, Sérgio Antonio da Silva. **Sexo e Adolescência no início do novo milênio: discursos sobre sexualidade na revista Capricho**. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Letras.

ROCHA, Martha Mesquita da. **Violência contra a Mulher**. In: Taquette Stella R. – organizadora. *Violência contra a mulher adolescente / jovem*. EdUERJ: 2007 - Rio de Janeiro. p.91-96

RUZANY, Maria Helena; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares; ESTEVES, Maria Angela Pires; PINA, Maria de Fátima; SZWARCOWALD, Célia Landman. **Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(3):639-649, mai-jun, 2002.

SAITO, Maria Ignez e SILVA, Luiz Eduardo V. **Adolescência: Prevenção e Risco**. SP: Editora Atheneu, 2001.

SANCHES, Kátia Regina de Barros. **A AIDS e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade**. Rio de Janeiro, 1999. Tese (doutorado – Ciências na área da Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999. 153p.

SANTOS, Rosângela da Silva. **Ser mãe de uma criança especial – do sonho à realidade** / Rosângela da Silva Santos e Rosana Glat. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery / UFRJ, 1999. 154p.

SPINDOLA, Telma; SANTOS, Rosangela da Silva. **Trabalhando com a História de Vida: percalços de uma pesquisa (dora?)**. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2003; 37(2): 119-226.

SILVA, Leila Rangel. **Cuidado de Enfermagem na dimensão cultural e social – história de vida de mães com sífilis**. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem), EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. 171p.

SOUZA *et al.* **O aborto entre adolescentes**. *Rev. Latino-Am enfermagem* 2001. Março; 9 (2): 42-7.

SUPLICY, Marta. **Sexo para adolescentes: amor, puberdade, masturbação, homossexualidade, anticoncepção, DST/AIDS, drogas** / Marta Suplicy. --- São Paulo: FTD, 1998. 160p.

SUPLICY, Marta. **Adolescente e sua sexualidade**. *Psicologia Educação e Saúde Mental* [on line]. Disponível em <<http://psicologia.com.br/entrevistas.asp?entid=3>>. Acessado em 12 Nov. 2008.

TAQUETTE, Stella R., VILHENA, Marília Mello. **Uma Contribuição ao Entendimento da Iniciação Sexual feminina na Adolescência**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, V.13, n.1, p.105-144, jan/mar.2008.

_____, Stella R. **Violência contra a mulher adolescente jovem**. Stella R. Taquette, organizadora – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p.

_____, Stella R. ET AL. **A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis.** Ver. Assoc. Med. Bras. 2005; 51(3): 149-52.

_____, Stella R., VILHENA, Marília Mello de e PAULA, Mariana Campos de. **Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2004, vol. 37, no. 3 [citado 2007-11-15], pp. 210-214. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000300003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0037-8682.

_____, Stella R., VILHENA, Marília Mello de e PAULA, Mariana Campos de. **Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol. 20, no. 1 [citado 2007-10-19], pp. 282-290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100046&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100046.

_____, Stella R. RUZANY, Maria Helena; MEIRELLES, Zilah; RICARDO, Isabel. **Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5): 1437-1444, set-out, 2003.

TYRRELL, M.A R.; CARVALHO, V. **Programas Nacionais De Saúde Materno Infantil: Impacto Político Social e Inserção da Enfermagem** . 1993. 267f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TOLEDO, Melina Mafra. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Interativa.** / São Paulo, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 153p.

VIDAL, Diana Gonçalves Maciel. A Educação Sexual. **Rev. Educação Grandes temas.** vol. 2 – A Educação Sexual, 2008. p.24-33.

VIEIRA, Leila Maria; GOLDBERG, Tamara Beres Lederer; SAES, Sandra de Oliveira; DÓRIA, Adriana Aparecida Bine. **Abortamento na Adolescência: um estudo epidemiológico.** Ciência e Saúde Coletiva, 12(5); 1201-1208, 2007.

VILLELA; Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech. **Sobre a experiência sexual dos jovens.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11): 2467-2472, Nov, 2006.

World Health Organization - **Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections.** A guide to essential practice. 2005.

_____- **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections,** 2001.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações** críticas. In: TAVARES, J. (Org.). Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez, 2001. p.13-42

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ADOLESCENTE)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Mestrado em Enfermagem

Desenvolvo uma pesquisa cujo título é: Mães adolescentes e as doenças sexualmente transmissíveis (DST): Contribuição para o cuidado de enfermagem, cujo os objetivos são:

- Identificar a condição de vulnerabilidade da adolescente, em atendimento em maternidade pública no Rio de Janeiro, às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.
- Descrever as estratégias adotadas pela adolescente para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Discutir, a partir da História de vida da adolescente atendida em maternidade pública, a sua condição de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e as ações de enfermagem previstas no manual de Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Para tanto estou realizando a aplicação desta entrevista e sua participação é fundamental para realização deste estudo científico.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Fui comunicada que a minha participação depende da minha aceitação e caso desista não terei meu atendimento prejudicado. Com a minha devida permissão a conversa será gravada para que a pesquisadora possa, mais tarde, lembrar de tudo o que foi dito. Fui comunicada que o que eu disser, será digitado, somente, a pesquisadora e a orientadora do estudo terão acesso. As fitas serão guardadas por 5 anos, sendo após este período, destruídas, conforme determinam as Normas de pesquisa. Ao final do estudo os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados para que outros profissionais de saúde possam melhorar o atendimento às adolescentes. O sigilo e o anonimato serão garantidos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Adolescente

- Pesquisadora: Ana Cláudia Mateus Barreto – Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN. Tel.: 21 22938148; e-mail: acmb@click21.com.br
- Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Silva Santos. Contato: Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova CEP 20211-110; Tel.: 21 22938148; e-mail: roiva@superig.com.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova; Tel.: 25032024 / 25032026.

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
 Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Mestrado em Enfermagem

Desenvolvo uma pesquisa cujo título é: Mães adolescentes e as doenças sexualmente transmissíveis (DST): Contribuição para o cuidado de enfermagem, cujo os objetivos são:

- Identificar a condição de vulnerabilidade da adolescente, em atendimento em maternidade pública no Rio de Janeiro, às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.
- Descrever as estratégias adotadas pela adolescente para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Discutir, a partir da História de vida da adolescente atendida em maternidade pública, a sua condição de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e as ações de enfermagem previstas no manual de Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Senhor(a) responsável, estou realizando a aplicação desta entrevista e a participação voluntária de sua adolescente é fundamental para realização deste estudo científico.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. A pesquisadora se comprometeu a manter o sigilo e o anonimato, protegendo desta forma a minha filha. Fui comunicado(a) que não sou obrigado(a) a autorizar a sua participação. Caso eu autorize minha filha será consultada se deseja participar do estudo. Caso desista de participar sua vontade será respeitada a qualquer momento da pesquisa, não sendo em nenhum momento prejudicada em seu atendimento. Caso a adolescente permita a conversa será gravada para que a pesquisadora possa, mais tarde, lembrar de tudo o que foi dito. Fui comunicado(a) que tudo que a adolescente disser, será digitado, somente, a pesquisadora e a orientadora do estudo terão acesso. As fitas serão guardadas por 5 anos, sendo após este período, destruídas, conforme determinam as Normas de pesquisa. Ao final do estudo os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados para que outros profissionais de saúde possam melhorar o atendimento às adolescentes.

Autorizo a participação da adolescente _____, neste estudo e a publicação das informações.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

 Assinatura da Pesquisadora

 Assinatura do(a) Responsável

- Pesquisadora: Ana Cláudia Mateus Barreto – Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN. Tel.: 21 22938148; e-mail: acmb@click21.com.br
- Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Silva Santos. Contato: Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova CEP 20211-110 tel.: 21 22938148; e-mail: roiva@superig.com.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova; Tel.: 25032024 / 25032026



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0275.0.314.000-08	
Projeto de Pesquisa Mães adolescentes e as doenças sexualmente transmissíveis(DST): contribuição para o cuidado de enfermagem			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 04547038724	Pesquisador Responsável Ana Cláudia Mateus Barreto	<i>Ana Cláudia Mateus Barreto</i> Assinatura	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 07/01/2008	Recebimento:	<i>Carla Costa Vianna</i> Assinatura Agente de Administração Mat. 10/209.528-9	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - sl. 701 - Cidade Nova
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20.211-901
Tel: (21) 2503-2024 ou 2503-2026 - Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ **Termo de Compromisso**

Eu ANA CLÁUDIA MATEUS BARRETO, portador do documento n.º 07430655-6, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa Mães adolescentes e as doenças sexualmente transmissíveis(DST): contribuição para o cuidado de enfermagem, me comprometo a entregar uma cópia impressa (com suas páginas devidamente numeradas) e outra digital segura (arquivo com senha para edição, em PDF ou gravado em CD fechado) do mesmo, de acordo com o **Ofício Circular n.º 066 CONEP/CNS/MS**, de 26 de março de 2007, caso a pesquisa seja solicitada para análise da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Manifesto minha expressa concordância com as normas e determinações supracitadas.

Rio de Janeiro, 07/01/08.

Ana Cláudia Mateus Barreto
Assinatura do Pesquisador

CAAE n.º: 0275.0.314.000-08