



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

KELANNE LIMA DA SILVA

**CRENÇAS E VALORES DAS ADOLESCENTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE DST E AIDS**

**FORTALEZA
2011**

KELANNE LIMA DA SILVA

CRENÇAS E VALORES DAS ADOLESCENTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE DST E AIDS

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

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

FORTALEZA
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S586c

Silva, Kelanne Lima da.

Crenças e valores das adolescentes vítimas de violência sexual sobre DST e AIDS / Kelanne Lima da Silva . – 2011.

84 f. : il., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

1. Violência sexual. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. AIDS em adolescentes I. Título.

CDD 362.88

KELANNE LIMA DA SILVA

CRENÇAS E VALORES DAS ADOLESCENTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE DST E AIDS

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovada em: 13/12/2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Dedico este trabalho aos meus pais, José Carlos e Marineide, que com tanto esforço, amor, dedicação e renúncia, me propiciaram o alicerce necessário e sólido para chegar até aqui. Essa vitória é nossa! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho e estar sempre presente na minha vida, concedendo-me forças para superar os obstáculos.

Aos meus pais, José Carlos e Marineide, pelo amor, compreensão e dedicação de todos esses anos, me guiando pela vida e acreditando nos meus sonhos.

À professora doutora Patrícia, exemplo de profissional, iluminada por Deus para guiar os seus alunos com muito carinho e dedicação; suas orientações levarei para a vida.

À minha irmã, Marina, pelo estímulo e apoio para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu marido, Marcos, pelo companheirismo e compreensão dos momentos de ausência.

À Lígia, Kamile e Jaislany, que me ajudaram na coleta dos dados e compartilharam momentos de tristeza e alegrias na vida das adolescentes envolvidas, e, em especial, minha amiga Lígia, pois juntas estabelecemos uma amizade sólida de muito companheirismo e carinho.

Às professoras Dr.^a Neiva, Dr.^a Eliany e Dr.^a Veraci, pelas relevantes contribuições e incentivo para a realização deste estudo.

Aos integrantes do Projeto AIDS “Educação e Prevenção”, pela troca de conhecimento e experiências no decorrer da vida acadêmica.

Aos companheiros do Mestrado, pela vivência e companheirismo do transcurso de uma conquista tão importante em nossas vidas.

A todos os docentes e funcionários do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que contribuíram para a minha formação profissional.

Aos profissionais da Instituição de acolhimento de adolescentes, que contribuíram para a realização deste estudo.

Agradeço, de maneira geral, a todas as pessoas que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste estudo.

Em especial, as adolescentes vítimas de violência sexual, agradeço por compartilharem comigo suas histórias de vida.

Com o tempo, os conceitos mudam...
os sonhos mudam...
os planos mudam...
a vida muda...
Mas não se mudam princípios e valores...
Mudei e continuo igual...
Assim é o ser humano: tão coerente em suas contradições...
Jacky Correia

RESUMO

A violência sexual caracteriza-se como um grave problema de saúde pública que acarreta distúrbios no desenvolvimento biopsicossocial e sexual de suas vítimas, principalmente quando essa agressão ocorre na fase da adolescência, pois esses sujeitos se encontram numa etapa da vida marcada por mudanças e adaptações, especialmente no âmbito da sexualidade. Portanto, as crenças e valores das vítimas de violência sexual precisam ser compreendidas para promover a adoção de comportamentos sexuais saudáveis. Objetivou-se compreender como as crenças e valores das adolescentes vítimas de violência sexual influenciam no comportamento de prevenção das DST e da AIDs com base no Modelo de Crenças em Saúde (MCS) . Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada numa Instituição de Acolhimento no Municipal de Fortaleza, no período de maio a julho de 2011, com oito adolescentes vítimas de violência sexual. Foram utilizados como instrumentos e procedimentos para a coleta de informações: a observação participante de todos os encontros, que foram registrados no diário de campo; todo o material produzido durante os grupos focais, como cartazes, desenhos, entre outros; e a transcrição da gravação dos diálogos durante as estratégias de grupo e do roteiro de entrevista semiestruturada. As informações foram organizadas conforme as dimensões do MCS. Todos os aspectos legais e éticos da pesquisa envolvendo os seres humanos foram respeitados. Inicialmente, foi necessário caracterizar as participantes do estudo e observou-se que as histórias de vida dessas adolescentes estavam condizentes com a literatura. Em relação às categorias criadas conforme o MCS: as adolescentes tem um déficit de conhecimento em relação a essas doenças e não se consideraram susceptíveis as DST/AIDs por acreditarem que não irão se relacionar sexualmente com homens, mesmo identificando a maior vulnerabilidade da mulher a essas patologias; em relação à percepção da gravidade, elas classificaram essas doenças como graves, incuráveis e que alteram o convívio social, demonstrando medo de contrair uma dessas patologias; identificaram como benefícios e barreiras do método preventivo ser de fácil acesso e utilização e prevenir tanto doenças como gravidez, mas interferem no prazer sexual; e seu uso está relacionado com questões culturais e sociais, ressalta-se também, que o abuso de álcool e drogas intervém na adoção de comportamentos saudáveis. Conclui-se que as crenças e valores dessas adolescentes as tornam vulneráveis a DST/AIDs, sendo necessário refletir sobre as consequências da violência sexual na vida dessas adolescentes para a elaboração de estratégias e ações preventivas voltadas para esse público-alvo no que concerne ao desenvolvimento da sexualidade de forma segura, minimizando traumas e sofrimentos advindos dessa experiência na vida dessas adolescentes, tornando-as conscientes dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Violência sexual. DST/AIDs. Adolescência.

ABSTRACT

Sexual assault is characterized as a serious public health problem that leads to disorders in the bio-psychosocial and sexual development of the victims, especially when the aggression happens in adolescence, because these subjects are in a stage of life marked by changes and adaptations, especially concerning sexuality. Therefore, the values and beliefs of the victims of sexual assault must be understood to promote the adoption of a healthy sexual behavior. It was aimed to understand how beliefs and values of adolescent victims of sexual assault influence the behavior of prevention of STD/AIDS based on the Health Belief Model. It is a qualitative descriptive research carried out at a Host Institution in the City of Fortaleza from May to July 2011 with eight adolescent victims of sexual assault. Using as tools and procedures for data collection: participant observation of all meetings, which were registered in a field diary; all the material produced during the focus groups, such as posters, drawings, among others; and the transcription of the dialogue recording during the group strategies and semi-structured interviews. The information was organized according to the Health Belief Model dimensions. All legal and ethical aspects of researches involving human beings were respected. Initially, it was necessary to characterize the study participants and it was found that the life stories of these adolescents were consistent with the literature. Regarding the categories created according to the Health Belief Model: the adolescents lack knowledge about these diseases and don't considered them susceptible to STD/AIDS because they believe that they will not relate sexually with men, in spite identifying the greater vulnerability of women to such pathologies; concerning the perception of gravity, they classified these diseases as serious, incurable, and that changes social life, demonstrating fear of contracting these diseases; they identified as benefits and barriers of preventive method: it is easy to access and use, and prevents both diseases as pregnancy, but interferes with sexual pleasure; and its use is related to cultural and social issues, we also emphasize that the abuse of alcohol and drugs interferes in the adoption of healthy behaviors. We conclude that the beliefs and values of these adolescents make them vulnerable to STD/AIDS, being necessary to reflect on the consequences of sexual violence in their lives to build strategies and preventive actions aimed at this target audience in terms of a safe development of sexuality, minimizing trauma and suffering resulting from this experience in their lives, making them aware of their sexual and reproductive rights.

Keywords: Sexual Violence. Sexually Transmitted Diseases. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Adolescent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ALC | América Latina e no Caribe |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COMEPE | Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| DCECA | Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente |
| DST | doenças sexualmente transmissíveis |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| FUNCI | Fundação da Criança e da Família Cidadã |
| HIV | vírus da imunodeficiência adquirida |
| MCS | Modelo de Crenças em Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| SIPIA | Sistema de Informação para a Infância e Adolescência |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 17 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 17 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 17 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 18 |
| 3.1 | Violência sexual na adolescência..... | 18 |
| 3.2 | Adolescência e vulnerabilidade às DST/AIDS..... | 23 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 28 |
| 5 | METODOLOGIA..... | 33 |
| 5.1 | Tipo de estudo..... | 33 |
| 5.2 | Local do estudo..... | 33 |
| 5.3 | Sujeitos do estudo..... | 36 |
| 5.4 | Período do estudo..... | 37 |
| 5.5 | Instrumentos e procedimentos para coleta das informações..... | 38 |
| 5.5.1 | Observação participante..... | 38 |
| 5.5.2 | Grupo focal..... | 38 |
| 5.5.3 | Roteiro de entrevista semiestruturada..... | 41 |
| 5.6 | Análise das Informações..... | 42 |
| 5.7 | Procedimentos éticos..... | 42 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 44 |
| 6.1 | Caracterização dos sujeitos da pesquisa..... | 44 |
| 6.2 | Impressões gerais do histórico de vida das adolescentes..... | 49 |
| 6.3 | Articulação do Modelo de Crenças em Saúde com os achados..... | 50 |
| 6.3.1 | Susceptibilidade percebida..... | 50 |
| 6.3.2 | Severidade percebida..... | 57 |
| 6.3.3 | Benefícios percebidos..... | 59 |
| 6.3.4 | Barreiras percebidas..... | 61 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 64 |
| | REFERÊNCIAS..... | 68 |
| | APÊNDICES..... | 80 |
| | APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada..... | 81 |
| | APÊNDICE B – Grupos Focais..... | 82 |
| | APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 83 |
| | ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 84 |

1 INTRODUÇÃO

Em virtude das experiências e reflexões proporcionadas pela nossa participação no Projeto Aids “Educação e Prevenção”, da Universidade Federal do Ceará (UFC), que realiza oficinas de Educação em Saúde com adolescentes na escola, abordando assuntos referentes à sexualidade e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), constatamos o quanto os aspectos culturais influenciam o comportamento dos indivíduos, principalmente dos adolescentes em fase de formação da identidade.

Na monografia de graduação, surgiu nosso interesse em estudar a influência da cultura “machista” no comportamento sexual dos adolescentes e, no curso da Análise dos Resultados, observamos em vários relatos dos participantes aspectos do machismo como responsáveis pela violência no âmbito familiar e social, principalmente sexual, e contra a mulher, cujos próprios companheiros são os agressores; além de observar que as questões de gênero ditam regras diferenciadas para o sexo feminino e masculino no decurso da sua sexualidade, dificultando a adoção de comportamentos sexuais seguros (SILVA, 2009).

Assim, buscando a literatura a respeito da violência e pelas cenas do cotidiano, deparamos com uma sociedade marcada por situações de violência de todos os tipos e em todas as idades, despertando-nos o interesse de abordar a violência sexual na adolescência, visto que essa é uma das faixas etárias mais vulneráveis aos riscos, pois está marcada por mudanças e adaptações.

Em razão da vulnerabilidade dos adolescentes às DST e à AIDS, por apresentarem comportamentos de risco nas práticas sexuais e os impactos da violência sexual no desenvolvimento da sexualidade (LINS, 2008), este estudo abordou as crenças e valores que influenciam o comportamento preventivo para as DST e a AIDS em adolescentes vítimas de violência sexual, enfocando questões relacionadas com a percepção dos riscos dessas doenças e com práticas preventivas, durante o desenvolvimento da sexualidade.

Inicialmente, ao adentrar a temática voltada para a violência, é necessário defini-la, tendo essa o conceito de ser qualquer tipo de conduta que pode causar danos de natureza física, psicológica, social, cultural e espiritual para a vítima, com o uso da força ou do poder, de caráter intencional, com ou sem lesão ou morte (DAHLBERG; KRUG, 2006). Com base

no seu significado, existem vários tipos de violência que atingem pessoas de todas as idades e ocasionam consequências em todos os âmbitos da vida, pois, de acordo com a definição holística de saúde, a violência pode dificultar as respostas humanas de enfrentamento no processo saúde e doença.

A violência afeta pessoas de todas as idades e, com relação à faixa etária correspondente à adolescência, os adolescentes são protegidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), responsável por fiscalizar os direitos e deveres desses sujeitos, considerando-se adolescentes os que se encontram entre os 12 e 18 anos (BRASIL, 2007). Constata-se, porém, por meio das situações vivenciadas no cotidiano, é que as crianças e os adolescentes são vítimas constantes de vários tipos de violência.

Ainda com relação ao entendimento desta temática e a relação com o objeto de estudo desta pesquisa, destacamos a violência sexual que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode ser definida como qualquer ato sexual de caráter homossexual ou heterossexual, em que a vítima é usada para a obtenção de prazer sexual do seu agressor. Esse tipo de violência ocasiona distúrbios no desenvolvimento biopsicossocial e sexual de suas vítimas (MAGALHÃES et al., 2009).

Os números da violência sexual são difíceis de contabilizar em virtude da subnotificação dos casos, mas, segundo os dados nacionais presentes no Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), no período de 1999 a 2006, por ano e por município da Região Metropolitana de Fortaleza, foram totalizados 234 casos de violência sexual. Este tipo de violência destaca-se pelo número de casos no contexto mundial (LINS, 2008).

Conforme os dados do Disque Denúncia Nacional de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, no período de janeiro a julho de 2010, por dia, são realizados 419 atendimentos e em média 77 denúncias, sendo que a região Nordeste se destacou, com 37% das denúncias. O sexo feminino é o mais acometido, principalmente nos casos de exploração sexual, com o percentual de 80%. Dos tipos de violência sexual, a mais denunciada é o abuso sexual, com 65% dos casos (BRASIL, 2010a).

No âmbito mundial, estima-se que, a cada ano, 12 milhões de pessoas no mundo sejam vítimas desse tipo de violência (BRASIL, 2010b). Na América Latina e no Caribe (ALC), a violência sexual é um grave problema de saúde pública que viola os direitos humanos e merece atenção especial, em virtude das consequências acarretadas na vida de suas

vítimas, principalmente de crianças e adolescentes em fase de desenvolvimento (CONTRERAS et al., 2010).

No Brasil, o abuso sexual de crianças e adolescentes começou a ser estudado no final dos anos 80 do século XX (BRASIL, 2006a), mas foi na década de 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que esses sujeitos foram considerados judicialmente detentores de direitos (BRASIL, 2002). Assim, as pesquisas sobre essa temática são recentes no Brasil, se comparadas com os EUA, que se iniciaram na década de 1970, e a Europa Central, desde o início dos anos 1980 (BRASIL, 2006b).

Especificamente nesse tipo de violência, as consequências sexuais são graves, podendo ser consideradas fatores de risco para a contaminação de DST e AIDS. Alguns estudos mostram a relação entre abuso sexual na infância e adolescência e a maior vulnerabilidade a comportamentos sexuais de risco, como também a ocorrência de abuso sexual nessa fase da vida de HIV-positivos (GWANDURE, 2007).

Outra pesquisa, realizada durante dez anos com um grupo de meninas entre 6 e 16 anos, vítimas de abuso sexual, em comparação com um outro grupo com a mesma faixa etária, mas sem histórico de violência sexual, deixou constatado que as vítimas de abuso sexual tinham pensamentos sexuais com maior frequência, iniciavam precocemente as relações sexuais e eram mães mais cedo, mostrando que as meninas que haviam sido abusadas se envolvem mais em práticas sexuais, principalmente desprotegidas, em vontade da exposição sexual precoce, imaturidade e inexperiência (NOLL; TRICKETT; PUTNAM, 2003).

Portanto, existe relação entre a violência sexual e vulnerabilidade às DST e à AIDS, pois quem é abusado está mais vulnerável a comportamentos sexuais de risco e a contrair uma dessas patologias, pois a vítima desse tipo de violência se sente insegura e duvida da sua capacidade de se proteger, por acreditar que outro sujeito pode tocar e controlar o seu corpo sem a sua permissão (TAQUETTE et al., 2004).

Ante essa conjunção de circunstâncias, os profissionais de saúde se acham inseguros no atendimento de vítimas da violência sexual em decorrência da complexidade dessa situação (RODRIGUES et al., 2008), destacando-se, pois, a relevância de se descobrir o contexto cultural desse fenômeno, pois os aspectos culturais baseados nas crenças e valores regem a vida social e são responsáveis por manter os modelos de comportamentos aceitos

pela sociedade, portanto, contribuindo na assistência a essas vítimas e na formulação de políticas públicas.

Ao adentrar a cultura destas vítimas, é importante sabermos como as crenças e valores podem influenciar nos comportamentos, pois as crenças são generalizações que se fazem do mundo, com base na cultura, de acordo com o comportamento humano, e valores são ideias pessoais que influenciam nas atitudes (KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006). Dessa forma, a violência sexual precisa ser melhor compreendida para que seja englobada nas políticas públicas, com o objetivo de reduzir a incidência das DST/AIDS e promover a adoção de comportamentos sexuais saudáveis (TAQUETTE et al., 2004).

Hoje todos os profissionais, principalmente da área da saúde, convivem com essa problemática, direta e indiretamente, pois a todo instante podem se deparar com jovens vítimas de violência sexual nas unidades de saúde, nas instâncias hospitalares ou em qualquer lugar onde possam atuar, necessitando desenvolver habilidades para cuidar dessas pessoas vítimas de violência de forma qualitativa e equitativa.

A Enfermagem é uma profissão responsável pelos cuidados referentes à manutenção da saúde, podendo atuar em todos os níveis de atenção, dando assistência ao indivíduo e sua família, que necessitam de intervenções para recuperar a saúde, ou atuando nas áreas de Promoção da Saúde e prevenção de doenças (SMELTZER; BARE, 2005).

Por atuar da atenção de saúde primária a terciária, o profissional de Enfermagem pode atender vítimas de violência que se destacam nas estatísticas em razão do aumento do número de casos. Portanto, a violência é um problema de saúde pública mundial de grande relevância, que afeta a saúde dos sujeitos, por estar envolvida com as causas de morbidade e mortalidade (MELO et al., 2007).

A Enfermagem presta assistência direta aos seus clientes, sendo responsável pelo cuidado de forma individualizada e direcionada, necessitando, durante o planejamento e execução de suas intervenções, conhecer os aspectos envolvidos nas situações de saúde e doença da população. Essa profissão também se destaca nas ações de Educação em Saúde e Promoção da Saúde, sendo relevante nessas atividades educativas compreender o universo cultural que determina os comportamentos das pessoas que comprometem a sua saúde e a busca por uma melhor qualidade de vida.

As estratégias de Educação em Saúde devem considerar as reais necessidades das pessoas, levando em conta as diferenças nos sistemas sociais e culturais, promovendo ações em todos os níveis de atenção à saúde para melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2001). Assim, as ações de Educação em Saúde direcionadas às vítimas de violência sexual devem estar voltadas para a valorização do sujeito e baseadas nos aspectos relacionados com esse fenômeno, pois as vítimas estão vulneráveis aos comportamentos de risco, principalmente os relacionados à sexualidade.

Com efeito, o enfermeiro poderá encontrar, durante o seu atendimento, adolescentes vítimas de violência sexual, tanto no contexto hospitalar como nas unidades de saúde, e deverá direcionar a sua assistência, de forma individualizada e diversificada, com base nos fatores envolvidos nesse problema, as vítimas e seus membros familiares. Esse profissional também poderá contribuir na diminuição da incidência e da prevalência dos casos de violência sexual, mediante ações de Educação em Saúde, pautadas nos aspectos culturais com a família e suas vítimas.

A violência sexual, portanto, é um tema que envolve muitos aspectos culturais que necessitam ser analisados para se tentar solucionar esse problema que causa tantos transtornos sociais e influencia o envolvimento com outras problemáticas, como, por exemplo, as práticas sexuais de risco, o abuso de drogas e a criminalidade.

Este estudo, decerto, tem um grande valor para os adolescentes, por investigar um problema social que atinge muitos indivíduos dessa faixa etária, bem assim pelo fato de que demonstrou o modo como a violência sexual influencia os comportamentos de suas vítimas perante as situações de saúde e doença.

É relevante também para os profissionais de saúde, principalmente da Enfermagem, que atuam nos espaços familiares e em todos os níveis de atenção, por contribuir na assistência e no enfrentamento desse problema e fornecer subsídios para a realização de intervenções voltadas para a Educação em Saúde mais efetivas, focalizando as lacunas apresentadas pelas adolescentes vítimas de violência sexual. Também poderá ser utilizado para direcionar as políticas públicas no planejamento das ações no contexto intersetorial e interdisciplinar.

Em razão da complexidade da temática abordada, foi necessário buscar um modelo teórico que facilitasse a compreensão do comportamento preventivo das adolescentes

vítimas de violência sexual em relação às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS, tendo, por conseguinte, a intenção de trabalhar com o Modelo de Crenças em Saúde, já que este estudo supõe, de saída, que o comportamento preventivo para as doenças sexualmente transmissíveis nas adolescentes vítimas de violência sexual é influenciado diretamente por suas crenças na susceptibilidade ao vírus e/ou bactéria e à doença; na seriedade das modificações que a doença determina ou determinará em sua vida, e nos benefícios e barreiras, percebidos por elas, para a adoção de medidas preventivas que realmente venham a reduzir a ameaça de contraírem essas doenças (ROSENSTOCK, 1960).

Ante tais considerações, surgiu o seguinte questionamento: como as adolescentes vítimas de violência sexual expressam, por meio das suas crenças e valores, comportamentos relacionados à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender como as crenças e valores das adolescentes vítimas de violência sexual influenciam no comportamento de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

2.2 Objetivos Específicos

- Averiguar a percepção individual das adolescentes vítimas de violência sexual sobre o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS;
- Analisar a seriedade percebida pelas adolescentes vítimas de violência sexual sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS;
- Identificar os benefícios e as barreiras percebidas pelas adolescentes vítimas de violência sexual na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência sexual na adolescência

A violência sexual na infância e adolescência pode ser evidenciada desde a Antiguidade, com suporte em relatos de Suetônio sobre a vida dos Césares, destacando que o Imperador Romano Tibério se aproveitava de sujeitos nessa faixa etária para satisfazer os seus desejos sexuais (CARTER-LOURENZ; JOHNSON-POWELL, 1999).

Esse tipo de violência está relacionado com as questões sociais e culturais da sociedade, refletindo as relações de gênero e as desigualdades entre os homens e as mulheres (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009). Por estar pautada no gênero, o menor poder do sexo feminino na sociedade é um fator de risco para as diversas formas de violência, entre elas, a sexual (BRASIL, 2006a). Em relação às crianças e adolescentes, eles também são vulneráveis à violência sexual, por estarem numa situação de dependência e de dominação dos mais velhos. Assim, a violência sexual atinge frequentemente crianças e adolescentes, em particular do sexo feminino, em razão do poder do mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

A violência sexual está baseada nas questões de poder e dominação da sociedade, principalmente no que se refere às questões de normatização da sexualidade humana e à forma de dominação e opressão (INOUE; RISTUM, 2008), em que os homens se apresentam como agressores em 91% dos casos, principalmente de abusos (LINS, 2008). As concepções da cultura machista que consideram o homem como gênero dominante, incapaz de controlar a sua sexualidade, valorizando o que seduz e mantém relações com um maior número de parceiras, principalmente jovens e que se enquadram nos padrões de beleza aceitos pela sociedade, incentivam a ocorrência de violência sexual de crianças e adolescentes (GOMES, 2008).

A violência sexual pode ser conceituada como qualquer investida sexual de caráter heterossexual ou homossexual imposta contra a vontade da vítima, podendo incluir desde a exposição de material pornográfico até o intercurso sexual. Assim, a violência sexual abrange: carinhos não desejados, penetração oral, anal ou genital, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo, masturbação forçada, presenciar ou ter relações sexuais com outras pessoas (TAQUETTE, 2007).

A violência sexual pode ser compreendida de duas formas: como exploração sexual e abuso sexual. A distinção entre elas é o caráter de comercialização da exploração sexual, pelo qual a vítima recebe algum tipo de remuneração para satisfazer sexualmente o seu agressor. No caso da exploração sexual, destacam-se a prostituição, a pornografia visando a lucros e o tráfico de pessoas para fins sexuais (CAMPOS; VIEIRA; MOTA, 2009).

Vale ressaltar que a maioria das vítimas da exploração sexual já foi abusada sexualmente dentro ou fora dos espaços familiares. Quando ocorre no ambiente intrafamiliar, muitas vítimas saem de casa, o que as deixa mais expostas à exploração sexual e ao uso de drogas (SANTOS, 2007).

Em virtude da grande ocorrência de casos de violência sexual no ambiente familiar, principalmente pelo pai, padrasto ou ainda alguém do convívio familiar, as vítimas abandonam o lar e vão viver nas ruas, aumentando o problema dos adolescentes em situação de rua, os quais também se encontram expostos à exploração sexual, algumas vezes, mediada por um aliciador (BAPTISTA et al., 2008).

Os números da exploração sexual são difíceis de quantificar em decorrência da sua relação com o tráfico e com o crime organizado. Por causa disso, o Governo Federal incentiva pesquisas e intervenções nessa temática (LOPES; MALFITANO, 2006), o que requer uma análise profunda da estrutura e organização da sociedade com base nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

Outro tipo de violência sexual definido como abuso sexual acontece pela imposição da força física ou ameaças, e pode ocorrer tanto no contexto familiar (intrafamiliar) como extrafamiliar (MAGALHAES et al., 2009). O agressor no abuso sexual geralmente é alguém de confiança da vítima, podendo ter caráter incestuoso, razão por que o contexto familiar é palco de tantas situações de violência desse tipo (TAQUETTE, 2007).

No abuso sexual podem ocorrer relações homossexuais e heterossexuais, podendo ou não ter contato físico, caracterizando-se as relações sem contato físico como o assédio, pornografia e exibicionismo. Aquelas em que há contato físico podem ou não ter penetração. Assim, sem penetração, temos o sexo oral, masturbação e a relação interfemural, mas conhecida como “entre as coxas”. Com penetração, temos a relação genital e anal com dedos, objetos ou órgão sexual (OLIVEIRA, 2010).

Portanto, na forma de abuso, os adolescentes são “vitimizados” no espaço intrafamiliar ou extrafamiliar, destacando-se o vínculo de confiança estabelecido entre a vítima e o agressor, o qual, em muitos casos, é personificado na figura do pai ou padrasto, dificultando a notificação dos casos por medo e vergonha em virtude da exposição de todos os membros da família (HABIGZANG et al., 2008).

As estatísticas epidemiológicas demonstram que apenas 10% dos casos de abuso sexual são notificados e que o espaço familiar é o de maior ocorrência (LINS, 2008; INOUE; RISTUM, 2008). Apesar da subnotificação, os números são alarmantes se for considerado o fato de que muitos fatores estão envolvidos para que ocorram a denúncia e a notificação dos casos, sendo esses dados apenas amostras pequenas do problema.

Em virtude dos escassos dados epidemiológicos sobre abuso sexual na infância e na adolescência, por não ser denunciado em consequência do sentimento de culpa, vergonha, medo ou ignorância das vítimas e de suas famílias (SCANAVINO, 2009), a notificação tornou-se obrigatória em todo o Território Nacional, sendo regulamentada pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009).

A notificação compulsória de violências contra crianças e adolescentes está estabelecida pela Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pelo Ministério da Saúde e pela Portaria MS nº 1.968/2001. Quando um profissional notifica um caso, ele deve encaminhar uma cópia ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conforme preconiza o ECA (BRASIL, 2010b).

A violência acarreta prejuízos em vários setores da vida das suas vítimas, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes, por interferir no desenvolvimento biológico e psicossocial em curto, médio e longo prazos (MAGALHÃES et al., 2009). Quando se refere à violência sexual, esses danos podem ocasionar uma psicopatologia grave, por alterar o progresso psicológico, emocional e sexual de suas vítimas (CAPITÃO; ROMARO, 2008).

Na maioria dos casos, o abuso sexual vem acompanhado pela violência física, de forma que podem ser notadas as lesões em várias partes do corpo, como boca, mamas, genitais, nádegas e ânus, com hematomas, fissuras, edema, sangramentos e escoriações. Além dos agravos físicos, a violência sexual ocasiona consequências, principalmente psicológicas, sexuais e sociais (BRASIL, 2006b).

A gravidade das consequências da violência sexual depende da idade, das condições psicológicas das vítimas, da sua história anterior, do grau de parentesco com o agressor e da frequência e repetição do ato. Em relação às consequências psicológicas, ocorrem alterações no comportamento, como fobia, atitudes autodestrutivas, isolamento social com dificuldade para fazer amizades, confiar nos outros e lidar com emoções, descrenças, desesperanças em relação ao futuro e comportamento erotizado precoce. Podem ser evidenciadas, também, dificuldade no aprendizado, fragilidade emocional, embotamento afetivo, baixa autoestima, perda da autonomia e transtorno do estresse pós-traumático (BRASIL, 2006b; GWANDURE, 2007; BRASIL, 2010b).

Assim, as consequências da violência sexual interferem na formação da identidade e da subjetividade, podendo ocorrer transtornos psiquiátricos, sendo frequentes a depressão e os comportamentos autodestrutivos, como o suicídio, e ensejar formação de delinquentes, podendo produzir futuros agressores (HABIGZANG et al., 2008).

Como mecanismos de defesa, as vítimas de violência sexual poderão fazer uso da dissociação, negação e evitação, que irão interferir na memória dos fatos e nos sentimentos envolvidos na “vitimização”. Assim, a vítima terá dificuldade para se proteger quando adulto, o que explica a vulnerabilidade desses sujeitos a comportamentos sexuais de risco para as doenças sexualmente transmissíveis e para a AIDS (BRIERE; ELLIOTT, 2003). Além desse comportamento psicopatológico, estados de humor negativos favorecem práticas sexuais de risco. Alguns estudos constataram a relação entre abuso sexual e maior frequência de comportamentos sexuais de risco (GWANDURE, 2007) e também a ocorrência de abuso sexual em indivíduos HIV-positivos (KALICHMAN et al., 2002).

Os comportamentos sexuais de risco estão relacionados com as consequências acarretadas pela violência sexual que pode favorecer a contaminação de DST e Aids. Além disso, a violência sexual ocasiona muitos problemas na saúde sexual e reprodutiva, como gestações não planejadas, abortamentos espontâneos e provocados, disfunção sexual e problemas ginecológicos (CONTRERAS et al., 2010).

Isto porque, no âmbito da sexualidade, igualmente, ocorrem distúrbios no seu desenvolvimento, podendo tornar-se exacerbada ou a vítima não ter interesse pelo assunto. Portanto, as pessoas podem apresentar práticas sexuais de risco, como a promiscuidade e a prostituição, e não adotar práticas preventivas, podendo se infectar com o vírus da

imunodeficiência adquirida (HIV), doenças sexualmente transmissíveis ou mesmo ocorrer uma gravidez indesejada. Em relação às consequências socioeconômicas, a vítima apresenta diferença em relação aos pares e se isola do meio social, o que pode facilitar o envolvimento com o mundo das drogas e da criminalidade (RODRIGUES; BRINO; WILLIAMS, 2006; LINS, 2008; INOUE; RISTUM, 2008).

Outras implicações podem ser citadas no contexto socioeconômico, como estigma, *status* socioeconômico rebaixado, níveis mais baixos de participação das mulheres, ciclo de violência entre gerações, as vítimas de violência sexual são mais vulneráveis a sofrer outros tipos de violência, prostituição e abuso de drogas (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004; CONTRERAS et al., 2010).

Além dos aspectos culturais e sociais envolvidos na violência sexual, outros fatores políticos, econômicos e jurídicos estão relacionados ao advento da violência sexual (MASCARENHAS et al., 2006; CAMPOS; VIEIRA; MOTA, 2009), destacando-a como fenômeno complexo e multicausal que necessita, para o seu enfrentamento, de ações articuladas, intersetoriais e interdisciplinares (FERREIRA; SOUZA, 2008).

Essas consequências da violência sexual se tornam mais intensas quando a vítima se encontra na fase da adolescência, por ser um período marcado por profundas transformações em todos os setores da vida, em especial, no âmbito biológico, psicológico, social e emocional, e é o momento em que a pessoa desenvolve a identidade pessoal e sexual (SILVA et al., 2006). Como o adolescente já se encontra em um decurso de mudanças, a violência sexual aumentará a vulnerabilidade dessas pessoas aos riscos expostos, pois a ocorrência de situações traumáticas durante a fase da adolescência trará consequências irreparáveis para a vida adulta, principalmente, quando, relacionadas ao âmbito sexual, esses traumas podem não ser facilmente superados (BOTELHO, 2003).

A violência sexual ocasiona muitos transtornos para a sociedade e na vida de suas vítimas e de suas famílias, sendo necessárias para o seu enfrentamento ações articuladas intersetoriais com a polícia, o Judiciário e os serviços de apoio social e de saúde. Vale destacar que o Ministério da Saúde publicou em 1998 a primeira norma técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, que foi revisada em 2002, 2005 e 2010, estabelecendo estratégias para a

prevenção e tratamento das consequências decorrentes da violência sexual (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; BRASIL, 2010b).

O acompanhamento das vítimas de violência sexual deve ser definido com base nos fatores envolvidos (MALTA et al., 2007; HABIGZANG et al., 2008), necessitando de uma abordagem que inclua a família e as áreas da saúde, educação, assistência social, entre outras, que necessitam criar e aprimorar as políticas públicas de prevenção e de assistência.

3.2 Adolescência e vulnerabilidade às DST/AIDS

A adolescência pode ser definida como a faixa etária concentrada entre os 10 e 19 anos, de acordo com a OMS (1995), e dos 12 aos 18 anos, conforme estabelecido pelo ECA, responsável por fiscalizar as leis que protegem de forma integral a criança e o adolescente (BRASIL, 2007). Assim, a adolescência é estabelecida conforme o intervalo de idade e distinguida das outras etapas da vida pelos anos do período escolar e do reconhecimento jurídico (SPRINTHALL; COLLINS, 2003; VILLELA; DORETO, 2006).

É um período marcado por profundas transformações em todos os setores da vida, em especial, no âmbito biológico, psicológico, social e emocional. Essas alterações aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes a algumas situações de risco, como relações sexuais desprotegidas, que os expõem às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS, principalmente quando associada a essas mudanças estão a falta de estrutura familiar, expectativas em relação ao futuro e registro de violência (TOLEDO, 2008; BARBOSA et al., 2010).

Como modificações dessa fase da vida, é possível perceber o crescimento e o desenvolvimento físico do adolescente, a ampliação das suas relações sociais e emocionais e a adoção de comportamentos ditados pela sociedade para se sentir aceito. É nessa fase também que o sujeito começa a tomar decisões importantes para a sua vida, como carreira profissional, relacionamentos amorosos e inicia as relações sexuais. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais (SILVA et al., 2006). Cada adolescente é único, possuindo especificidades no seu desenvolvimento, podendo comporta-se de maneira diferenciada em momentos distintos.

As mudanças físicas e biológicas caracterizam-se pelas alterações hormonais e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, associado ao crescimento e

desenvolvimento do corpo, deixando-o mais parecido com o do adulto e, no final dessa fase, o corpo realmente se caracteriza como o de um adulto (WONG, 1999). Em relação ao âmbito psicológico, afloram os sentimentos e sensações distintas, como o medo em algumas situações e atos inconsequentes e ousados movidos pela curiosidade. As mudanças biopsicossociais ocorridas nessa fase podem produzir repercussões e conseqüências significativas na vida do adolescente (MENEZES; DOMINGUES, 2004).

Vale ressaltar que, na adolescência, intensifica-se a pressão para que o adolescente seja aceito no grupo cujas características, modos de viver e pensamentos são referências para a maneira de pensar e se comportar adotada por esse indivíduo, além de ser fonte de informação e meio para esclarecimento de suas dúvidas sobre questões diversificadas. Por isso, o relacionamento com os pais, frequentemente, envolve tensão e conflitos, pois os pais não sabem como tratar o filho, que é influenciado pelo grupo social de que é membro e defensor de suas ideias. Assim, os relacionamentos familiares e sociais, que se modificam na adolescência, fazem parte da conquista da identidade pessoal e social do adolescente (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN, 2006).

Além da identidade pessoal, o desejo de estabelecer relações sexuais com o outro é intensificado e o grupo de pares estimula essa intenção ao propagar ideais referentes às relações afetivas e sexuais. Emocionalmente, o adolescente está instável e com alterações frequentes de humor, em razão de tantas mudanças e diferentes comportamentos desempenhados por ele no momento em que está na fase de transição da infância para a idade adulta (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN, 2006).

Com base no exposto, podemos considerar a adolescência como fase da vida marcada por alterações de naturezas diversas, as quais influenciam na consolidação da identidade pessoal, e, conseqüentemente, no papel sexual exercido por parte de cada sexo, podendo, assim, determinar comportamentos prejudiciais à sua saúde física, mental e social, principalmente porque eles se identificam com grupos formados por adolescentes que também se encontram numa situação de instabilidade e imaturidade, além de muitos adultos sentirem dificuldades de se relacionar com membros nessa faixa etária, por não saberem conversar com eles sobre sexualidade e sexo e acharem que ainda são crianças e não despertaram para o desejo e envolvimento sexual com o outro.

Assim, pela dificuldade de apoio por alguém mais experiente e maduro com quem possam socializar suas dúvidas (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008), os adolescentes

podem adotar comportamentos que tragam problemas para a sua saúde sexual. Além disso, a fase de formação da sua identidade pessoal e sexual ocorrerá, negativamente, em meio a indagações e inseguranças, principalmente em relação à sexualidade. Dessa forma, a família e os amigos não são fontes de informações adequadas para questões relacionadas com a sexualidade, pois a família não sabe como abordar esse assunto e os amigos têm muitas dúvidas, cabendo, assim, à escola e às unidades de saúde ajudarem no enfrentamento dessa conjugação de questões (BARBOSA et al., 2010).

Na adolescência, a personalidade está na fase de elaboração e a sexualidade é um elemento-chave desse período, sendo conceituada como um termo complexo que não se configura apenas com o envolvimento sexual, mas no conjunto de expressões e necessidades do corpo, sendo influenciada pelo contexto social e cultural que determina como cada um desenvolverá a sexualidade (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Portanto, o adolescente está formando a sua identidade pessoal e sexual, sendo que, nesse momento, suas expectativas sexuais estão intensificadas, contribuindo ainda mais para a formação da personalidade, e conseqüentemente, para a consolidação da identidade pessoal e sexual, pois o desejo sexual está aguçado em decorrência dos hormônios, e envolvimento sexual se faz presente nesse período, sendo necessário conhecer de forma efetiva o desenvolvimento da identidade sexual (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000; BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

Como relatado, é durante a adolescência que o primeiro envolvimento sexual ocorre, em virtude das manifestações sexuais aguçadas, interesse em satisfazer os impulsos sexuais, por curiosidade e vontade de conhecer o outro. A relação sexual é vista pelo adolescente como uma conquista ou forma de mostrar o seu amadurecimento, sendo que muitos deles iniciam a vida sexual por não suportarem a pressão exercida pelo grupo, podendo se envolver em práticas sexuais desprotegidas que os deixam vulneráveis à gravidez e às DST/AIDS (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN, 2006).

Com efeito, com apoio nos achados sobre a sexualidade, em conjunto com a intensidade dos desejos sexuais, os adolescentes tendem a iniciar precocemente a vida sexual, muitas vezes, em decorrência das pressões do grupo social, principalmente de amigos. E por ser algo novo e um assunto cercado de tabus, o adolescente se sente inseguro, procurando fontes não confiáveis para esclarecer suas dúvidas, o que enseja práticas sexuais de risco (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

A sexualidade, desde a Era Cristã, sempre foi cercada de tabus, por ser um tema que rompe limites e por isso não é um assunto visto de maneira natural, o que dificulta o diálogo (VILLELA; DORETO, 2006). A sexualidade é um elemento estruturador do desenvolvimento humano e interfere no modo como os sujeitos se relacionam e se expressam pela manifestação de carinho e sentimentos, sendo um fator estruturador da identidade dos adolescentes (CEZIMBRA, 2008).

De acordo com o exposto, a sexualidade é um assunto que deve ser abordado, principalmente, com adolescentes, pois é nessa fase que ocorrem os primeiros contatos sexuais e, por não terem as informações adequadas, em razão dos fatores sociais e culturais, eles se envolvem em práticas sexuais desprotegidas, podendo ocasionar danos à sua saúde sexual e reprodutiva (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006; SILVA et al, 2010).

O déficit de conhecimento dos adolescentes sobre o tema decorre das poucas fontes de informações confiáveis, pois os adolescentes não procuram os pais para esclarecer questões relacionadas à sexualidade, em virtude dos conflitos dessa fase com os pais, e por não sentirem que os seus genitores estão receptivos ao diálogo sobre assuntos de teor sexual. Os adolescentes também sentem vergonha e medo de procurar os profissionais de saúde para discutirem questões relacionadas a sexualidade e sexo (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN, 2006).

Dessa forma, em consequência das distintas modificações ocorrentes nessa fase, o adolescente se destaca como um sujeito vulnerável a diversos comportamentos de risco, principalmente no âmbito sexual, deixando-o exposto à infecção das DST e da AIDS (TOLEDO, 2008). De acordo com a definição de vulnerabilidade do Ministério da Saúde, temos que se trata da interação de fatores biológicos, epidemiológicos, sociais e culturais, podendo aumentar ou diminuir o risco ou proteção de um determinado agravo (BRASIL, 2004).

A vulnerabilidade de um indivíduo em relação às DST e à AIDS está relacionada com suas características pessoais, como cognição, afeto e psiquismo, interagindo com as estruturas sociais de desigualdade, mediante o gênero, a raça e a classe (VILLELA; DORETO, 2006).

Com efeito, essa vulnerabilidade pode ser compreendida em três dimensões interdependentes, que são individual, pragmática e social. A forma individual pode ser compreendida como o modo que os sujeitos incorporam as informações e tentam adotar práticas preventivas; a pragmática está relacionada à maneira como as instituições,

principalmente de saúde e educação, dão suporte com políticas e ações para o enfrentamento dessas doenças e, por fim, a dimensão social é pautada nos aspectos políticos, sociais e culturais (MEYER et al., 2006).

A adolescência pode ser considerada um período de vulnerabilidade, em decorrência das rápidas transformações que a caracterizam, como puberdade, evolução da sexualidade, afastamento progressivo dos pais, atitudes reivindicatórias, contestações e as percepções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente (CEZIMBRA, 2008).

No concernente à dimensão individual, os adolescentes são sujeitos vulneráveis às DST/AIDS em virtude das informações inadequadas que eles possuem sobre prevenção, ingestão de drogas, confiança no parceiro, não uso de preservativo e as questões de gênero, o que dificulta a negociação da camisinha. Na esfera social, destacam-se os aspectos culturais, principalmente os relacionados às questões de gênero; condições socioeconômicas escassas, como baixa escolarização, desemprego e falta de perspectivas; e violação dos direitos humanos e deficiência na estrutura familiar. A dimensão institucional está pautada na qualidade do serviço oferecido a esse adolescente, como a discriminação por parte dos profissionais, acesso aos serviços, descontinuidade das ações preventivas e dificuldade da integração dos serviços e do planejamento das ações (TOLEDO, 2008).

Com base nessas definições sobre vulnerabilidade, associadas com as alterações decorrentes da adolescência, podemos concluir que o adolescente é um sujeito vulnerável às DST e à AIDS, destacando-se o fato de que, quando o adolescente passa por alguma situação traumática, essas mudanças são mais aguçadas, e, então, a adolescente vítima de violência sexual estará ainda mais exposta a práticas sexuais de risco.

Evidenciamos, também, o fato de que os adolescentes em situação de rua, instituições de detenção ou acolhimento (no caso desse último, o foco deste estudo), estão vulneráveis à infecção das DST/AIDS, por serem sujeitos expostos a situações de violência e discriminação, de sorte que essa população pode não adotar o uso do preservativo em decorrência da baixa escolaridade, em associação com a ingestão e/ou aplicação de drogas, coerção sexual ou medo de sofrer violência (TOLEDO, 2008).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) surgiu da necessidade de tentar-se compreender o comportamento preventivo dos sujeitos. Foi influenciado pelas teorias de Kurt Lewin e desenvolvido em Hachbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock, desde que foi constatado o fato de que os sujeitos não adotavam ações de prevenção de doenças, mesmo que fossem gratuitas. Com isso, durante a década de 1950, os psicólogos sociais do serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos começaram a desenvolver estudos enfatizando o comportamento preventivo, pois a ênfase até aquele momento era nas pesquisas que abordavam o comportamento do indivíduo perante a doença e seu tratamento (ROSENSTOCK, 1966).

Esse modelo teórico foi publicado por Rosenstock (1966) e tem como características preliminares para um sujeito adotar comportamentos preventivos: acreditar que é susceptível à doença; que a ocorrência da patologia ocasionará danos em alguns aspectos de sua vida; e que a adoção de uma prática deverá ser benéfica, podendo diminuir a sua susceptibilidade ao agravo, ou, se já está com a doença, reduzir sua gravidade.

O MCS está baseado em algumas teorias da Psicologia Social, e tenta compreender o comportamento individual e sua mudança em relação à saúde. Esse modelo tem como objetivo identificar os fatores interferentes na adoção do comportamento preventivo diante de uma específica doença com base no comportamento individual, ou seja, o que cada pessoa pensa e faz em benefício da sua saúde (SOARES, 2003).

A essência do MCS refere-se ao crédito na ideia de que todo comportamento é motivado. Assim, para compreender o comportamento preventivo, é necessário identificar os fatores que influenciam na sua motivação (CANDUNDO, 2005). Pode-se conceituar o comportamento preventivo em saúde como qualquer atitude tomada por uma pessoa que se considera saudável com a intenção de prevenir doenças ou detectar em estágio assintomático (ROSENSTOCK, 1966). Para entender o comportamento preventivo, é necessário conhecer as crenças que interferem na adoção do comportamento e inter-relacionar as várias atitudes preventivas (WILLIAMS, WECHESLER, 1972).

O comportamento preventivo é diretamente influenciado pelas variáveis crenças pessoais e motivação em saúde. Essas variáveis apontam a necessidade de o sujeito acreditar

ser susceptível ao agravo, sendo também necessário enfatizar o estado de gravidade que ele considera no que concerne à contaminação de alguma doença. Assim, a motivação para adotar comportamento preventivo depende da susceptibilidade que o indivíduo acredita ter em relação a um problema de saúde e do reconhecimento das consequências que pode enfrentar em virtude dessa doença (ROSENSTOCK, 1966).

Assim, o Modelo enfatiza a influência das crenças no comportamento preventivo, destacando a ideia de que as crenças variam de pessoa a pessoa e dependem de vários fatores, como aspectos socioculturais e educacionais, entre outros, podendo influenciar tanto positivamente o comportamento como negativamente (SOARES, 2003). Destacam-se, também, as variáveis demográficas, sociopsicológicas e estruturais (BECKER; DRACHMAN; KIRSCHT, 1974). Dessa forma, o modelo inter-relaciona o que as pessoas creem sobre saúde ou doença e quais ações exercem para manter a sua condição de saúde ou doença (SOARES, 2003).

Conforme estudos que utilizam o MCS, baseados nos escritos de Rosenstock, como Soares (2003), Moura (2004), Sailer (2004), Candundo (2005), Neves (2005), Malaguti (2006) e Queiroz (2008), o Modelo de Crenças se baseia em quatro dimensões: Susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidas.

A susceptibilidade percebida é a forma como o sujeito se sente perante a possibilidade de desenvolver uma doença, se ele acredita ou não que pode contraí-la. Essa aceitação de se sentir susceptível a determinada doença varia de pessoa a pessoa e depende do grau de aceitação da sua vulnerabilidade e riscos subjetivos aos quais acredita estar exposto. A percepção individual de se sentir exposto a uma doença também é influenciada por variáveis demográficas como idade, sexo, raça, etnicidade; variáveis sociopsicológicas, como personalidade, classe social, pressão do grupo de referência, cultura; e variáveis estruturais, como o conhecimento sobre a doença ou o contato com a patologia.

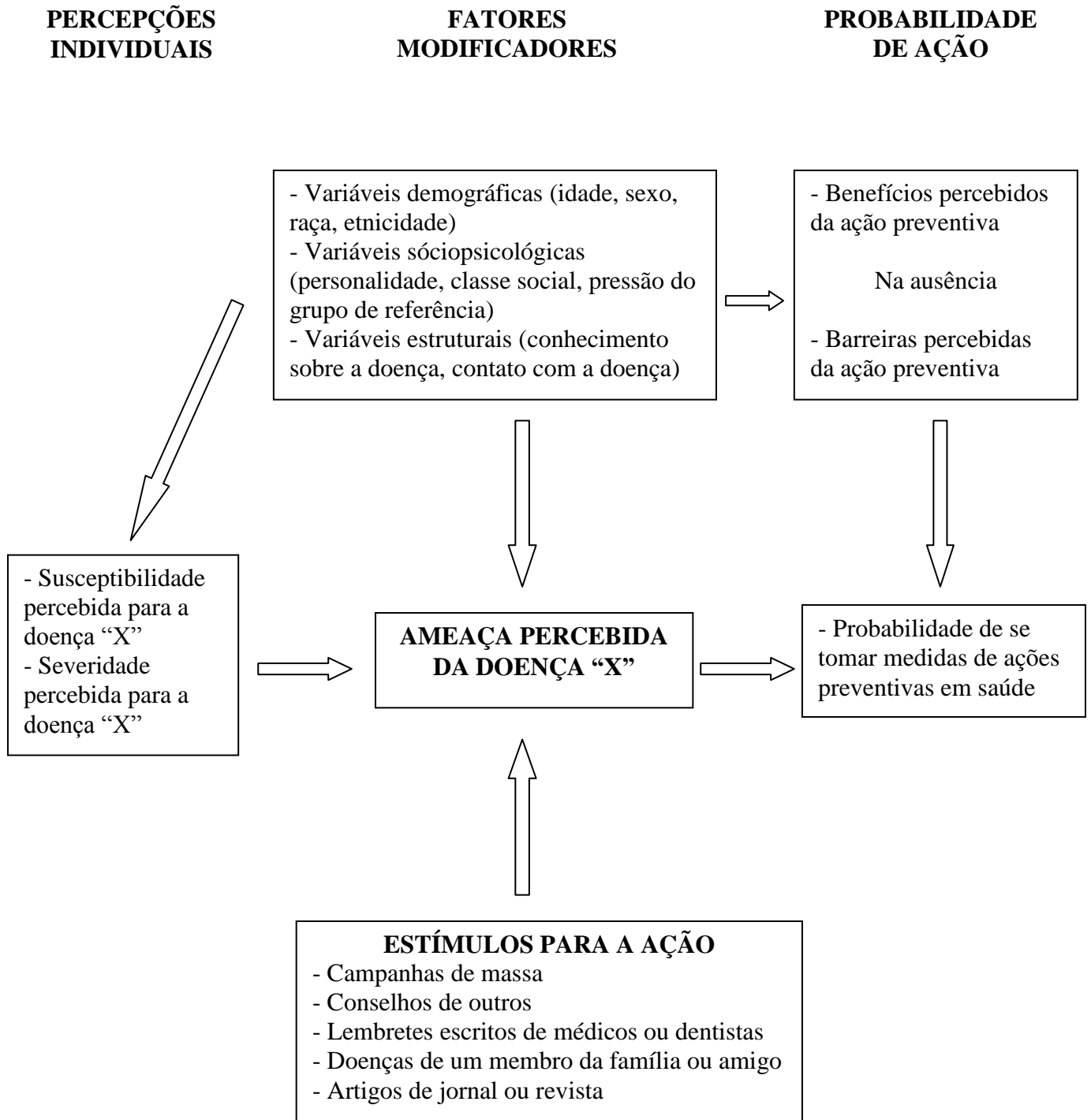
A seriedade percebida relaciona-se com as consequências que uma pessoa acredita que um determinado agravo pode provocar na sua vida, não estando incluídos apenas os aspectos clínicos da doença, mas também as relações familiares, financeiras e ocupacionais (ROSENSTOCK, 1966); assim, a forma como as consequências são vistas e como interferem na vida do sujeito, seja física, emocional ou socialmente por tempo determinado ou não, influenciando na adoção de comportamentos preventivos.

Quando o sujeito se acha susceptível e aceita a seriedade que um determinado agravo pode provocar na sua vida, ele direcionará o seu comportamento para uma tomada de ação preventiva, destacando-se os benefícios percebidos com sua escolha para diminuir a ameaça da doença. Mesmo sabendo da sua susceptibilidade e gravidade da doença, para o sujeito executar uma ação preventiva, vai depender das barreiras que ele pode encontrar, por exemplo, algumas medidas preventivas são desagradáveis, inconvenientes, caras ou dolorosas. O sujeito sentir-se em risco de contrair uma determinada doença não é o bastante para ele se prevenir. Assim, os benefícios têm que exceder para motivar o sujeito a adotar comportamentos preventivos (REDDING et al., 2000).

A associação entre susceptibilidade e seriedade poderá direcionar a decisão para um comportamento preventivo, mas pode não resultar necessariamente em medidas preventivas, pois as variáveis demográficas, psicossociais, cognitivas e motivacionais podem ou não ser estímulos aliciadores de ação e sensibilizar os sujeitos sobre seus comportamentos de saúde. Quando relacionada, porém, à susceptibilidade e à seriedade estão a percepção dos benefícios e a eliminação das barreiras, a tomada de ação para comportamentos preventivos se torna mais eficaz (CANDUNDO, 2005). Assim, o potencial para a ação é a associação entre susceptibilidade e seriedade, e a modalidade da ação é a percepção dos benefícios menos as barreiras nas escolhas comportamentais (MALAGUTI, 2006).

As quatro dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidas, estão dispostas na figura seguinte conforme Becker, Drachman e Kirscht (1974) com a finalidade de melhorar sua compreensão. Também estão relacionadas na figura as percepções individuais da susceptibilidade para a doença; a severidade da doença; os benefícios e as barreiras associadas com a tomada de decisão para o comportamento preventivo da enfermidade. Destacam-se ainda na figura os fatores modificadores, exemplificados pelas variáveis demográficas, sociopsicológicas e estruturais, que afetam, principalmente, as percepções individuais em relação à doença, ou seja, a susceptibilidade percebida, mas conseqüentemente, a severidade do agravo, a ameaça da patologia e a probabilidade de tomada de ação para a prevenção da doença (BECKER; DRACHMAN; KIRSCHT, 1974).

Figura 1- “O Modelo de Crenças em Saúde”, como preditor do comportamento preventivo em saúde



Fonte: Adaptado de Becker, Drachman e Kirscht (1974).

Dessa forma, a aplicação desse modelo favorece a ampliação dos conhecimentos na área da saúde, tentando compreender sob que condições as pessoas adotam comportamentos de proteção a sua saúde (SOARES, 2003). O MCS destaca-se nas pesquisas

realizadas na área da saúde, enfocando várias temáticas, dentre as quais a AIDS. O MCS enfatiza a relevância de o profissional de saúde entender os aspectos que influenciam o comportamento preventivo dos sujeitos, podendo, assim, aprimorar sua prática no alcance da mudança de comportamento, contribuindo na elaboração de um planejamento mais efetivo na assistência da saúde da população (ROSENSTOCK, 1960; CANDUNDO, 2005).

O MCS é uma ferramenta essencial para os pesquisadores que objetivam investigar ou intervir na saúde e analisar a influência dos aspectos subjetivos na determinação do comportamento preventivo (NEVES, 2005). Esse modelo foi, então, escolhido para a análise dos dados por ser o principal método que tenta compreender a adoção de medidas para o cuidado com a saúde (JANZ, BECKER, 1984; SAILER, 2004).

Assim, neste estudo, foi adotado o Modelo de Crenças em Saúde, segundo o qual, para o indivíduo adotar comportamento preventivo em relação a uma doença, é necessário acreditar que é pessoalmente susceptível a essa patologia; que a ocorrência deverá ter, pelo menos, moderada seriedade em relação a sua vida, e que a atitude preventiva terá uma ação benéfica, diminuindo sua susceptibilidade a ela. Referido modelo enfatiza, ainda, o fato de que o profissional terá maior sucesso em alcançar a mudança de comportamento, se compreender os motivos pelos quais os sujeitos emitem atitude preventiva em relação à sua saúde (ROSENSTOCK, 1960).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativo-descritivo. A pesquisa qualitativa tenta compreender os fenômenos sociais com base nas definições subjetivas do sujeito em seus ambientes naturais, ou seja, na rotina de suas vidas (POPE, 2009). Dessa forma, o método qualitativo aborda o modo como o sujeito vive e elabora a sua história, percepções, opiniões, crenças e relações com suporte em questões particulares que não podem ser quantificadas (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa corresponde ao exercício de compreender um problema com amparo nos agentes que o vivenciam, relacionando o contexto no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2001).

Na pesquisa qualitativa, não se pretende estabelecer hipóteses ou definir conceitos, pois estes vão sendo feitos e modificados no decorrer da busca. Nessa abordagem, o pesquisador tem papel importante no processo, pela sua presença, experiências e reflexões como participante do que se está estudando, pois ele se aprofunda no mundo subjetivo das ações humanas (GIBBS, 2009; MINAYO, 2010).

Levando em consideração o objeto analisado por este estudo, compreendemos a abordagem qualitativa como o melhor recurso metodológico, haja vista o fato de que esse método trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis (MINAYO, 2004).

A pesquisa também é descritiva, por tentar compreender as opiniões, atitudes e crenças dos sujeitos, tendo como principal objetivo descrever as características de uma população (GIL, 2008). Com efeito, o uso dessa metodologia se justificou pelo fato de o estudo tencionar compreender como as crenças e valores das adolescentes vítimas de violência sexual influenciam no comportamento de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, com amparo no referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado numa Instituição de Acolhimento, situado na Secretaria Executiva Regional VI da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que acolhe meninas de sete a 18

anos, vítimas de abuso e exploração sexual ou em grave risco de padecê-lo, bem como protegê-las de outras situações de vulnerabilidade emergentes no contexto social, familiar e ambiental onde vivem.

Essa instituição é uma organização não governamental (ONG), que tem o objetivo de reduzir o risco social e familiar dessas adolescentes, mediante o desenvolvimento de habilidades técnicas, visando a uma profissionalização, criando espaços para a descoberta da arte e cultura por meio da música, dança, pintura e teatro; estimulação da reintegração social das adolescentes e suas famílias.

Esse local acolhe de modo institucional crianças e adolescentes, estando obrigatoriamente em rede com todos os outros mecanismos de defesa da criança e do adolescente, principalmente daquelas vítimas de abuso e exploração sexual. Geralmente, as meninas são encaminhadas por meio de algumas instituições da sociedade civil envolvidos no combate a esse tipo de agravo, como conselhos tutelares; Juizado da Infância e Juventude; Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DCECA); Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI) e suas organizações. Além dos encaminhamentos mediados por essas Instituições, também ocorrem denúncias que chegam diretamente à Instituição de Acolhimento.

Em todos estes casos, ocorrem o mesmo procedimento e a dinâmica da abordagem institucional. Inicialmente, a Equipe Técnica de Acompanhamento Psicossocial da Instituição de Acolhimento, antes da visita domiciliar, realiza um estudo prévio de caso, com o objetivo de avaliar as necessidades do acolhimento institucional. Caso a avaliação seja positiva para o acolhimento institucional, os órgãos competentes são acionados e se inicia o processo para que a vítima seja acolhida. Após a chegada da menina, cabe à Instituição realizar todo o procedimento cabível para que a recepcionada tenha uma reinserção familiar ou extrafamiliar por intermédio da parceria com os mecanismos de defesa e das próprias crianças e famílias.

Desde 2009, a Instituição acolheu 26 meninas nas situações de risco de sofrer violência sexual ou que já sofreram, elas precedem de Fortaleza e de outros municípios, que chegam até a Instituição por meio das transferências institucionais, Conselho Tutelar, CREAS e de outras instituições já citadas, que trabalham nessa área. Ressaltamos que, em sua maioria, os casos foram encaminhados pelo Conselho Tutelar.

Das 26 meninas, já acolhidas ou ainda permanecem na Instituição, 22 eram de Fortaleza e as outras de municípios relativamente próximos à Capital como Pacajus e Morada Nova. Em relação às idades da violação, a faixa etária dos dez aos 12 é a mais acometida, totalizando 12 casos. Da problemática dos casos, pode-se enumerar que seis eram de suspeita de abuso sexual, cinco de abuso sexual confirmado, uma suspeita de exploração sexual, duas com exploração sexual confirmada, duas em situações de risco de serem acometidas por esses agravos e dez casos de negligência familiar e abandono, com risco de padecer de violência sexual.

Sobre a resolução dos casos, oito foram reinseridas no contexto familiar, em três ocorreu transferência institucional, três evasões voluntárias e 12 permanecem na instituição em análise processual. Em relação às evasões voluntárias, logo após a fuga de alguma delas, os responsáveis pela instituição avisam o juiz e fazem o desligamento da menina em relação à Instituição de Acolhimento, e ela não poderá retornar, e, se for encontrada, será encaminhada para outra instituição.

A equipe que trabalha nessa Instituição é composta por um coordenador, que é um sacerdote católico, uma psicóloga, uma assistente social, um educador social e três mães sociais. Esses profissionais são responsáveis pelo suporte psicológico e socioeducativo de que as adolescentes necessitam.

O local possui boas instalações físicas em um espaço amplo, tranquilo e com muita natureza, onde se localizam três casas: uma onde as meninas moravam, outra que abrigava a parte administrativa, que também servia de residência para a psicóloga e para uma das mães sociais, e a última casa, que ainda estava sendo construída, pois em razão da faixa etária das meninas, elas iam ser divididas e as crianças ficariam na nova casa.

Na casa onde as meninas moravam, há cinco quartos, sendo que, destes, três eram usados pelas crianças e adolescentes, e os outros dois serviam para guardar os objetos pessoais e descanso das mães sociais, as mulheres que cuidavam das meninas. Havia também uma ampla cozinha, três banheiros, uma sala de estar com televisor e DVD, uma biblioteca onde as meninas faziam as tarefas escolares e tinham aulas de reforço, uma sala com mesa grande para as meninas realizarem as refeições e também um espaço para a realização de eventos religiosos. Ao redor da casa, havia uma varanda onde as meninas costumavam brincar.

É interessante salientar que a casa tem ótimas condições de habitação, com um ambiente sempre limpo e organizado. As meninas seguem um planejamento e cada uma ajuda

nas atividades domésticas. Elas têm a individualidade preservada e cada menina tem sua cama, pertences pessoais, material de limpeza e uma prateleira na sala para colocar seus materiais escolares. Todas as refeições ocorrem nos horários corretos, com alimentação balanceada.

Além de estudarem em escolas próximas à Instituição, a mesma também oferece aulas de reforço escolar, aulas de esporte, práticas religiosas e, uma vez no mês, acontece um passeio, que pode ser piquenique na praia, entre outras opções.

A Instituição também possui uma equipe treinada para trabalhar com as famílias das vítimas, realizando atividades preventivas e de acompanhamento das famílias, com origem em intervenções que promoverão a autotransformação e integração normalizada da família na sociedade com orientações psicológicas e educativas.

Evidenciamos que, por estar situada na área de abrangência do Programa de Saúde da Família, as adolescentes podiam ser atendidas no Posto de Saúde bem próximo. A equipe de saúde realizava visitas a cada dois a três meses para efetuar vacinação e tratamento odontológico, mas, conforme os relatos dos responsáveis, não foram realizadas atividades de Educação em Saúde sobre saúde sexual e reprodutiva e que toda a assistência ginecológica de que as adolescentes necessitassem era realizada mediante consultas particulares.

5.3 Sujeitos do estudo

No tipo de estudo desenvolvido nesta pesquisa, não enfatizamos a quantidade numérica das participantes, pois na abordagem qualitativa é essencial o aprofundamento na compreensão das informações coletadas. Mesmo assim, se torna relevante justificar como foi a delimitação das participantes, que deve ocorrer consoante as dimensões do objeto de estudo focalizado (MINAYO, 2010).

Os sujeitos do estudo foram adolescentes do sexo feminino, entre dez e 19 anos, conforme a denominação da OMS, e que tinham sido vítimas de violência sexual. A escolha das adolescentes se justifica pelo fato de elas serem alvos constantes da violência sexual e por ser o sexo mais prevalente (LINS, 2008).

Foram critérios de inclusão utilizados na escolha dos sujeitos do estudo: ser adolescente do sexo feminino entre dez e 19 anos, ser vítima de qualquer um dos tipos de violência sexual e que fosse acolhida nessa instituição. E os critérios de exclusão: aqueles

sujeitos que tiveram alguma dificuldade de compreensão acerca do desenvolvimento do estudo e/ou alguma situação de risco para a pesquisadora e/ou que dificultaram o andamento do estudo e/ou que não aceitaram participar do estudo.

Dessa forma, fizeram parte do estudo oito adolescentes que se enquadraram nos critérios de inclusão e de exclusão. Como já destacava Minayo (2010), o método qualitativo com grandes grupos não é adequado, pois essa abordagem estuda o contexto em que algum fenômeno ocorre, baseando-se nas crenças, atitudes e hábitos dos participantes.

5.4 Período do estudo

O período correspondeu aos meses de maio a julho de 2011, com três encontros semanais, tempo suficiente para que os objetivos da pesquisa fossem contemplados. Durante todo esse tempo, a pesquisadora foi voluntária da Instituição, participando das atividades de rotina dessas adolescentes, conforme horários estabelecidos entre nós e a coordenação da Instituição.

Destacamos que nos encontros da terça-feira e da quinta-feira, ajudávamos nas tarefas de casa das adolescentes e participávamos dos momentos de lazer, e, durante os sábados, executávamos a nossa pesquisa, enfatizando que os grupos focais só foram iniciados quando as adolescentes já tinham aceitado a nossa presença e os laços de confiança tinham sido estabelecidos.

Os grupos ocorriam no período da tarde, durante o sábado, pois era o único dia e horário em que todas as adolescentes se encontravam na casa e não tinham atividades já programadas, pois durante a semana, elas frequentavam a escola, algumas durante a manhã e outras à tarde; no período em que não se encontravam na escola, faziam cursos oferecidos pela Prefeitura de Fortaleza, como o Projovem. No final da tarde, ocorriam as aulas de reforço escolar e, logo após, uma missa, seguida do jantar e, por volta das 20h, às meninas já estavam nos dormitórios. Durante o sábado, pela manhã, ocorria preparação de Primeira Eucaristia e Crisma e aos domingos ocorria alternadamente a visita dos familiares. Nos dias de lazer, e à noite dos finais de semana sempre ocorriam as missas. Dessa forma, o único horário disponível era o sábado à tarde.

5.5 Instrumentos e procedimentos para coleta das informações

Neste estudo, foram utilizados como instrumentos e procedimentos para a coleta de informações: a observação participante de todos os encontros com as adolescentes, o que foi registrado no diário de campo; todo o material produzido durante os encontros de grupo focal, como cartazes, desenhos, entre outros; e a transcrição da gravação dos diálogos durante as estratégias de grupo e do roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A).

A observação e o roteiro de entrevista são os métodos de coleta de informações essenciais na pesquisa qualitativa e se destacam nas investigações da área da saúde. Este experimento utilizou multimétodos, ou seja, métodos de coleta de informações de pesquisa qualitativa combinados (POPE, 2009), que foram: a observação participante, o grupo focal e o roteiro de entrevista semiestruturada, juntamente com o diário de campo e o uso de um gravador, empregado durante as estratégias em grupo e entrevistas individuais.

5.5.1 Observação participante

A observação participante como instrumento para coleta de informações pode ser utilizada para captar os comportamentos, o ambiente, a percepção da realidade que foi estudada, as atitudes e ações do sujeito, como, por exemplo, a forma como as pessoas falam sobre determinado assunto, valorizando os conhecimentos previamente definidos na pesquisa (LEOPARDI, 2001).

O registro de todas as informações observadas durante os encontros foi realizado no diário de campo, instrumento que proporcionou a anotação, de forma descritiva, de todos os momentos observados com suporte no que os sujeitos disseram ou fizeram, ou seja, comportamentos, gestos, expressões, conversas informais (GIBBS, 2009; MINAYO, 2010).

5.5.2 Grupo focal

O grupo focal é uma estratégia de coleta de informações da abordagem qualitativa, que valoriza a interação do grupo, enfatizando a comunicação, por proporcionar o diálogo entre os participantes e a troca de histórias, experiências e pontos de vista. Pode ser utilizado para compreender os comportamentos de saúde, focar as necessidades dos sujeitos e analisar os valores culturais (POPE, 2009).

Algumas pesquisas na área da saúde que utilizaram o grupo focal como instrumento para a coleta de informações tiveram a intenção de investigar a opinião dos sujeitos para depois ocorrer o planejamento das intervenções de forma efetiva. Portanto, o grupo focal pode ser empregado para descrever a evolução de programas de Educação em Saúde e auxiliar na elaboração de intervenções pautadas em aspectos culturais delicados (BARBOUR, 2009).

A quantidade de grupos focais foi estabelecida conforme a necessidade da coleta de informações, valendo ressaltar que poucas sessões já ensejam quantidades de informações relevantes (POPE, 2009). Dessa forma, foram realizados quatro grupos focais com a participação de oito adolescentes. Cada grupo focal se relacionava a um objetivo específico, tendo cada um a duração média de uma hora e meia.

Conforme Gatti (2005), a duração do grupo focal deve ser entre uma hora e meia e não mais do que três horas, e a quantidade de grupos é muito relativa porque uma ou duas sessões já enseja informações relevantes para uma boa análise. O grupo pode necessitar de mais encontros para se familiarizar com os participantes e os pesquisadores formando uma subcultura grupal. Foi o que já vinha ocorrendo desde os encontros semanais com os participantes, por isso, no momento da execução dos grupos focais, a quantidade realizada foi suficiente para atingir os objetivos da pesquisa.

O grupo focal pode ser composto com dez a 12 participantes, sendo que oito pessoas já é um trabalho desafiador, se levar em consideração a moderação do grupo e a análise das transcrições. Em relação ao mínimo de participantes, pode-se realizar grupo focal com três ou quatro participantes (BARBOUR, 2009). Outros autores também enfatizam a necessidade de grupos pequenos para abordar assuntos em maior profundidade. Assim, seis a 12 participantes é um número adequado para compor o grupo e, no caso de projetos de pesquisa, o ideal é não ultrapassar o número de dez participantes (GATTI, 2005). Portanto, a pesquisa sob relatório foi composta por oito adolescentes, conforme os critérios de inclusão e exclusão, respeitando o número mínimo de participantes, conforme os autores há pouco citados.

Durante os encontros, foram utilizadas técnicas didáticas, com materiais de estímulo, como colagem em cartaz, desenho, entre outros, para facilitar a abordagem do tema e incentivar a participação (RESSEL et al., 2008). Cada grupo focal foi planejado conforme as necessidades observadas durante o encontro anterior. Estiveram presentes durante a execução

dos grupos, além da pesquisadora, duas observadoras. que registraram as discussões e o comportamento do grupo, além de ficarem responsáveis pela gravação dos grupos focais. Após a ocorrência dos grupos, as observadoras e a pesquisadora avaliavam o grupo e cada uma dava a sua impressão e colaboração com apoio na observação e nos registros individuais.

Antes de se iniciar o grupo focal, foi escolhido um local apropriado dentro do abrigo para desenvolvê-lo e onde poderia ocorrer o mínimo de interferências externas, tentando-se criar uma atmosfera agradável e favorável à abordagem do tema. Foram realizados quatro grupos focais. O planejamento inicial foi efetuado de acordo com o tema abordado, tendo alterações e adaptações conforme as lacunas observadas em cada encontro (APÊNDICE B). Vale ressaltar que a discussão sobre as DST que emergiu durante a realização do segundo grupo focal foi fundamental na formulação do conhecimento e na percepção da realidade, na qual elas estavam inseridas.

No primeiro encontro, a pesquisadora e as observadoras se apresentaram, explicando os critérios de seleção dos participantes e os objetivos dos encontros posteriores, destacando a importância da participação de cada uma e que todas as opiniões seriam relevantes. Também ocorreu a confecção de crachás, a garantia do anonimato e sigilo e a exposição de algumas instruções como regras de convivência para o bom andamento do grupo, como respeitar o outro, ouvir o que o outro participante está falando e falar um de cada vez.

Portanto, o grupo se iniciou conforme as recomendações de Gatti (2005), numa situação confortável e favorável, ocorrendo a autoapresentação da pesquisadora e das observadoras e a explanação dos objetivos, como também a explicação da escolha dos participantes e a garantia do sigilo e anonimato.

O ambiente físico também interfere no andamento do grupo. Dessa forma, foram escolhidos locais dentro da Instituição que tivessem boa iluminação, ventilação e sem interferências externas, como a sala que servia de biblioteca e na varanda, destaca-se de que os participantes foram dispostos em círculo para promover a participação, o contato face a face entre os participantes e os pesquisadores sem denotar a ideia de preferência a um participante, conforme relatam Dall'Agnol e Trench (1999).

Durante o desenvolvimento do grupo focal, foram utilizados alguns materiais de estímulo para incentivar as discussões em grupo e, ao final de cada sessão de grupo, foi realizado um fechamento com todas as informações pertinentes e esclarecimentos adicionais

entre os participantes e depois entre o pesquisador e as observadoras. Na técnica de grupo focal, é recomendável registrar todas as observações logo após a realização do grupo, enfatizando as características do grupo, as participações individuais, as dinâmicas de grupo e as impressões da pesquisadora e das observadoras (BARBOUR, 2009).

5.5.3 Roteiro de entrevista semiestruturada

Para complementar as informações obtidas durante o grupo focal e bem como a fim de terminar a coleta das informações, também foi aplicado o roteiro de entrevista. Vale destacar que a entrevista individual e o grupo focal são estratégias que se complementam, pois a entrevista individual expõe a opinião íntima de cada um e o grupo focal aborda um discurso público constituído no coletivo (BARBOUR, 2009).

O roteiro de entrevista é um instrumento relevante na pesquisa qualitativa, por coletar informações sobre a experiência de vida das pessoas, mediante o acesso a atitudes e valores dos sujeitos, proporcionando uma interação do pesquisador com o entrevistado (LEOPARDI, 2001; POPE, 2009).

Durante a elaboração do roteiro da entrevista, foram essenciais algumas condições: cada pergunta estava relacionada com o objeto de estudo; as questões favoreciam a comunicação entre o participante e o entrevistador e contribuía para aprofundar a opinião dos participantes sobre o assunto em foco (MINAYO, 2010).

O tipo de roteiro de entrevista utilizado foi o semiestruturado, que possui estrutura flexível, com perguntas abertas adaptáveis para explorar melhor o tema e obter respostas mais detalhadas (POPE, 2009). Nesse tipo de roteiro para entrevista, é necessário que cada questão aborde os dados esperados, servindo como guia para dar direcionamento à entrevista de forma flexível (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para posterior análise. Segundo Silverman (2009), o registro das informações por meio da gravação e transcrição conduz três vantagens, quando comparados com outros tipos de dados: são um registro público, as fitas podem ser reproduzidas novamente e as transcrições melhoradas. Por fim, esses instrumentos preservam a sequência da conversa.

Para exame mais minucioso das informações coletadas durante a aplicação do roteiro da entrevista, foi relevante estabelecer uma comparação com as informações provenientes da observação participante, registradas no diário de campo (MINAYO, 2010).

5.6 Análise das Informações

Nos estudos de abordagem qualitativa, ressaltamos que a coleta e a análise dos indicadores ocorrem simultaneamente no decorrer da pesquisa (MINAYO, 2010). Neste caso, foram analisadas as anotações de diário de campo; os diálogos gravados durante o grupo focal; e todo o material confeccionado durante os encontros, como cartazes, desenhos e transcrições literais das entrevistas.

Na totalidade, os encontros e as entrevistas foram gravados e transcritos. Logo após a transcrição, iniciamos a leitura flutuante, um procedimento de análise do material empírico na pesquisa qualitativa. A leitura foi feita em profundidade de cada um dos materiais analisados, a fim de apreender suas ideias centrais e significações (MINAYO, 2010), com base nas dimensões do Modelo de Crenças em Saúde susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidas (ROSENSTOCK, 1966) previamente instituídas como categorias temáticas de análise.

Após as leituras minuciosas e exaustivas das informações transcritas, que foram comparadas e complementadas pelos registros do diário de campo provenientes da observação participante, as falas dos sujeitos foram organizadas conforme as categorias analíticas definidas pelas dimensões do Modelo de Crenças em Saúde.

A organização final das falas nas categorias foi desafiadora, em razão dos poucos detalhes que definem e diferenciam uma categoria da outra, de tal maneira, os relatos apresentados nos resultados e discussões foram selecionados para melhor caracterizar a categoria de análise e foram identificados os sujeitos, utilizando-se nomes bíblicos.

5.7 Procedimentos éticos

No que concerne à obediência aos aspectos legais e éticos da pesquisa envolvendo os seres humanos, o estudo foi norteado pelos princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, preconizadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde

(CNS) do Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 1996), que regula investigação *in anima mobili*, isto é, pesquisas com seres humanos.

A autonomia dos participantes foi considerada, tratando-os com dignidade e respeito. Também foram garantidos aos participantes a isenção de qualquer dano ou risco, pelo princípio da não maleficência, sendo assegurados os direitos de sigilo e anonimato, e para garanti-los, para cada adolescente participante do estudo foi atribuído um nome fictício de caráter bíblico: Ana, Dalila, Ester, Eva, Maria, Rebeca, Rute e Sara.

Em relação à beneficência, o estudo contribuirá na assistência adequada a esses sujeitos em relação aos aspectos do desenvolvimento da sexualidade, trazendo o máximo de benefícios possíveis as adolescentes vítimas de violência sexual, tentando reduzir a sua vulnerabilidade às DST/AIDS.

No que concerne o princípio de justiça, destacam-se a relevância social da pesquisa e suas vantagens para os sujeitos. Durante todo o desenvolvimento do estudo, solicitamos a avaliação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), número do protocolo 08011, tendo sido a pesquisa incorporada aos ditames da Resolução já mencionada.

Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE C) das adolescentes que participaram deste estudo, juntamente com a assinatura do seu responsável legal, autorizando a sua colaboração, pois toda pesquisa na qual os participantes são menores de 18 anos é exigida a assinatura de consentimento do seu responsável. Assim, as adolescentes assinaram o TCLE, juntamente com o seu responsável legal, que, no caso, era o responsável pela Instituição, visto que são adolescentes institucionalizadas (BRASIL, 1996).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com respaldo nos relatos analisados, foi possível constituir as quatro categorias conforme o Modelo de Crenças em Saúde: susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. Antes de apresentar as categorias, os sujeitos participantes do estudo, representados por nomes bíblicos, foram caracterizados para facilitar a compreensão da problemática dessas adolescentes e as consequências da violência sexual no comportamento preventivo às DST/AIDS.

6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Ana- adolescente 14 anos, residia havia cinco meses no abrigo, procedente de outra instituição. Os pais eram separados desde a sua infância e ela ficou morando com a mãe que logo arranhou um companheiro. Desde então, a menina com apenas seis anos começou a ser abusada sexualmente pelo padrasto.

Tia meu padrasto me pegou quando eu tinha 6 anos e me prendeu na cama e fez o que queria de mim, e você acredita que até hoje ele ta solto (ANA).

Nas suas falas, sempre relata que não gosta da sua mãe, pois, quando lhe contou sobre as atitudes do padrasto, a mãe não acreditou e ainda lhe bateu. Em relação ao pai, demonstra muito amor e carinho, expressando o desejo de morar com o ele, que sempre está presente nas visitas dos familiares à Instituição. Também fala com muito carinho do seu irmão, que mora com o pai, e já foi preso várias vezes por tráfico de drogas e outros crimes, sendo esse o empecilho para retornar à casa do pai em virtude do ambiente de exposição às drogas e outros riscos. Relata que, antes de morar no abrigo, residia com a mãe e devido à difícil convivência por causa do padrasto, preferia ficar nas ruas. Verbaliza algumas situações nas quais também suspeitamos de prostituição, como a seguinte:

Eu tava lá no trilho do trem, ai parou um carro, eu entrei, o cara fez tudo comigo, né! Ai, depois ele me empurrou do carro nua e eu fiquei pedindo minhas roupas. Ele ligou o carro, saiu rindo e mais na frente jogou as minhas roupas (ANA).

A adolescente tem um comportamento muito agressivo, fala rispidamente com as outras adolescentes e sempre ameaça de bater nas outras companheiras. Fala palavras de baixo calão e pergunta sobre assuntos relacionados ao sexo; diz ter vários namorados na escola e é chamada pelas outras meninas de “namoradeira”; demonstra, pelo seu

comportamento e suas falas, possuir a sexualidade bem afluada. Durante um dos encontros deu o seguinte depoimento:

Eu já tive várias relações sexuais deliciosas (ANA).

Dalila- adolescente 13 anos, residia havia três meses no abrigo, procedente de outra instituição. Os pais eram separados desde os seus cinco anos e ela, juntamente com a irmã, que na época tinha três anos, foi morar com o pai, em virtude das dificuldades financeiras da mãe. Pelo histórico, a menina foi abusada pelo pai desde essa idade. Dormia na cama com o pai e servia de esposa para ele, cuidava da casa e da irmã. Logo ao chegar ao abrigo, não compreendia essa situação como abuso, pois acreditava que o pai gostava dela e aquela era a forma de ele demonstrar. Em um dos encontros, perguntou o porquê de o pai abusar a filha e antes da pesquisadora responder, Sara, outra adolescente que foi abusada pelo pai, respondeu em um tom de revolta e fúria.

Tia, porque que um pai abusa de uma filha?(DALILA).

Porque é um pilantra, safado, sem vergonha... (SARA).

Também presenciava o abuso e as tentativas de penetração do pai contra a irmã, nas quais a irmã chorava bastante e pedia socorro. Mesmo assim, Dalila nada fazia para ajudar a irmã. O pai encontra-se preso. Ele já havia sido acusado de abuso sexual a uma outra adolescente há alguns anos.

Era considerada pelas outras adolescentes do abrigo a mais bonita da casa: dócil, carinhosa, muito calada e sempre ajudava nas atividades domésticas, sem reclamar. No dia em que foi explicado sobre os objetivos deste trabalho, ela relatou que não gostava de falar sobre esses assuntos e, durante os encontros, era a que falava menos, com olhar sempre desconfiado. Às vezes, relatava que não queria participar e ficava pedindo para sair com desculpas de ir ao banheiro, tomar água, entre outras.

Tia, eu não gosto de falar disso não. Isso é safadeza (DALILA).

Ester- adolescente de dez anos, residia no abrigo havia três meses, procedente de outra instituição. Irmã de Dalila, também morava com o pai desde a separação dos pais. Foi responsável por denunciar o pai e ele está preso. Sempre presenciava o abuso da irmã, pois dormia no mesmo quarto: ela na rede e o pai com a irmã na cama. Relatou que via o pai fazendo sexo vaginal e anal com Dalila.

Tia, eu via, fazia que tava dormindo na rede, meu pai colocava o negócio dele na frente e atrás na minha irmã (ESTER).

Muitas vezes, o pai tentou se aproximar de Ester, mas ela sempre relutava, gritava e pedia socorro. Então o pai parava para não chamar a atenção da vizinhança. Um dia, o pai chegou muito alcoolizado e tentou fazer sexo anal com Ester. Ela, desesperada, começou a gritar e a vizinhança chamou a polícia. Quando a polícia chegou, Ester estava com as vestes rasgadas e relatou tudo à polícia sobre o que o pai fazia com ela e a irmã. Ele foi preso em flagrante. Durante um dos encontros, foi possível evidenciar que Ester estava se reportando ao que lhe aconteceu, pois quando foi abordado o uso da camisinha, ela relatou:

Tem que usar camisinha quando for fazer o sexo e a mulher não pode gritar, porque vão pensar que ele tá estuprando a mulher (ESTER).

Um momento que marcou bastante foi durante um dos encontros, quando uma das adolescentes perguntou o que era um pedófilo e, depois da explicação, Ester, com um olhar triste disse:

Tia, meu pai é um pedófilo (ESTER).

Ester é uma menina encantadora, alegre, meiga, comunicativa, esperta e muito inteligente. Tinha um comportamento maduro e às vezes falava coisas impróprias da sua idade. Por exemplo, durante a confecção de cartaz, viu em uma das revistas, mulheres de biquíni e disse:

Tia, aqui tá cheio de mulher imoral e ferosa (ESTER).

No desenvolvimento de uma das estratégias de grupo focal relatou:

A mulher tem que tá cheirosa e bonita para o homem, porque se não ele diz: sai daqui fedorenta! (ESTER).

Eva- adolescente de 12 anos, residia no abrigo fazia ano e seis meses, encaminhada pelo Conselho Tutelar, juntamente com uma irmã de nove anos que não fez parte da pesquisa em razão da idade inferior a dez anos. O ambiente familiar dessas adolescentes era muito conflituoso e violento, com história de abuso de álcool e drogas, prostituição e tentativas de homicídio do pai contra a mãe e da mãe contra o pai. A vizinhança denunciou a família ao Conselho Tutelar por exploração sexual a menores. Quando os conselheiros foram averiguar a denúncia, encontraram as meninas na rua e a garota

mais velha estava próximo a residência com trajes indecentes, maquiada, com batom muito vermelho e sinais de embriaguez.

Eva estava sempre desconfiada, calada, mas, quando alguma das meninas fazia algo de que ela não gostava, ficava bastante agressiva. Durante um dos encontros, uma das adolescentes relatou que Eva se masturbava juntamente com outra adolescente. Nesse momento, ficou calada e depois, com um jeito muito desconfiado e sem olhar para a pesquisadora, falou: “*É mentira.*”

Maria- adolescente de 12 anos, residia no abrigo tinha seis meses, juntamente com sua irmã procedente de outra instituição. Desde os dois anos de idade mora em abrigo em virtude das condições financeiras da família. Nos períodos de férias, as meninas tinham o direito de ficar na casa dos pais e, quando retornavam para o abrigo, apresentavam um comportamento diferente e agressivo. A Instituição que abrigava as meninas começou a perceber essa atitude e as chamou para conversar. Então as meninas contaram que, quando iam para casa, o pai ficava olhando elas tomar banho, dormir e muitas vezes, quando elas acordavam durante a noite, ele estava acariciando o corpo delas. Dessa forma, elas foram transferidas para a atual Instituição.

Maria é muito rebelde, teimosa, agressiva, e relutou no início para aceitar, a presença da pesquisadora e das observadoras, mas depois dos contatos iniciais, ela se mostrou bastante interessada e começou a ser meiga, carinhosa e bastante participativa. Estava muito preocupada, pois ainda não tinha menstruado e indagava demais sobre esse assunto, gravidez, sexo e sexualidade.

Tia, eu já vou fazer 13 anos e ainda não menstruei, é normal?... Como a mulher fica grávida?... E quando são gêmeos?... O homem pode gozar várias vezes dentro da mulher?... (MARIA).

Rebeca- adolescente de 14 anos, residia no abrigo fazia seis meses, procedente de outra instituição; é a irmã de Maria. Desde os quatro anos de idade, mora em abrigos. Sua história é bem parecida com a da irmã e passou pelas mesmas situações com o pai.

Ela é muito sorridente e simpática, sempre preocupada com o corpo, pois quer ser modelo. Durante os encontros, ela relatou que se acha gorda e que muitas vezes não come. Todos da Instituição conhecem os seus hábitos alimentares e se preocupam bastante.

Tia, hoje eu não vou jantar e antes de dormir, eu como uma tomate e água (REBECA).

Em todas as suas participações durante os encontros, ela relatava sobre a preocupação com o corpo e a aparência em geral. É sonhadora e romântica. Fazia perguntas sobre amor, namoro e sexo.

Tia, como a gente sabe que tá amando?... E quando a gente sabe que o homem quer namorar com a gente?... Como é a lua de mel?... Como é que a mulher goza?... (REBECA).

Rute- adolescente de 14 anos, residia no abrigo fazia dois anos procedente de outra instituição. Morava com a mãe e a avó materna. As duas fazem uso de drogas e álcool e a adolescente, desde os sete anos, também usava essas substâncias o que nela ocasionou uma dificuldade de aprendizagem e de concentração.

Foi abusada sexualmente por um vizinho que já tinha passagem na polícia por acusação de violência sexual. Aos 11 anos, a adolescente ficou grávida desse abusador. A gestação foi marcada por conflitos familiares e uso de drogas e álcool, até o momento em que foi abrigada numa Instituição para adolescentes grávidas. A gestação foi concluída e ela deu à luz uma menina. Ainda na maternidade, apresentava comportamento indiferente com a criança, não queria amamentar e cuidar da menina e nem dava carinho e atenção. Um dia tentou matar a criança e, desde então, foi afastada da sua filha, que foi para adoção. Atualmente, verbaliza que quer ver a criança e que sente saudades da sua filha.

Tia, eu tenho uma filhinha, eu não sei onde ela está. Eu queria ver... (RUTE).

Rute é carinhosa, muito calada, envergonhada, não olha nos olhos, tem dificuldades na escrita e na fala. Durante um dos encontros, as meninas relataram que ela se masturbava juntamente com Eva, e em vários outros momentos, ocorreram insinuações sobre esse assunto. Em relação ao abuso sofrido, relatou que gostava do homem e que queria ter ficado com ele.

Tia, ele disse que ia casar comigo, ai, ele me levou para o mato e coisou em mim. Eu queria ter ficado com ele... (RUTE).

Sara- adolescente de 14 anos, residia no abrigo há três meses, procedente de outra Instituição. Já havia sido abrigada em outras instituições, das quais fugia e sempre era encontrada próximo a bares e pontos de prostituição, o que se suspeita de também ser vítima de exploração sexual. Antes de ser abrigada, morava com os pais. O pai era alcoólatra e bastante violento e a mãe trabalhava durante a noite, momento no qual o pai abusava

sexualmente de Sara. A mãe nunca acreditou em Sara e um dia, depois de ser abusada e espancada pelo pai, resolveu fugir de casa. A adolescente tem uma cicatriz na testa, consequência de um desses espancamentos do pai, que, com uma faca, lesionou o rosto da adolescente para obrigá-la a ter relação sexual.

Sara era esperta, agitada, animada, engraçada, adorava dançar e era muito comunicativa. Fazia brincadeira com tudo, mas mudava a expressão facial quando era indagada sobre o seu passado. Ficava séria e falava:

Tia, esse é um assunto sério, muito sério, melhor a senhora nem saber (SARA).

Quando o assunto retratava algo sobre sexo e sexualidade, ela apresentava um comportamento exacerbado e em um dos encontros chegou a relatar:

Sexo é delicioso (SARA).

6.2 Impressões gerais do histórico de vida das adolescentes

Com base nas histórias de vida dessas adolescentes, podemos perceber que algumas dessas meninas foram violentadas sexualmente ainda na infância e se encontravam em faixas etárias que corroboram as informações encontradas na literatura, em que se observa a concentração dos casos de violência sexual entre os dez a 14 anos, seguidos pelas idades de cinco a nove anos (MARTINS; JORGE, 2010).

Vale destacar nesses relatos que os agressores foram pessoas próximas das adolescentes, no caso: pai, padrasto e vizinho. Consoante estudos que mostram os agressores sexuais como predominantemente masculinos e que possuem vínculos de confiança com a vítima, assim a agressão sexual por parte de padrasto, pais, tios, vizinhos e amigos da família é amplamente divulgada, desde os casos mais antigos aos atuais (MINAYO, 2001; NUNEZ et al., 2008). Ressaltamos também, que dois dos agressores já eram reincidentes no crime de violência sexual, o que também pode ser contemplado com os artigos publicados sobre o assunto, mostrando que, na maioria dos casos, os agressores voltam a praticar o mesmo crime (SERAFIM et al., 2009).

Numa parcela significativa dos casos, foram evidenciados conflitos familiares e o abuso de álcool e drogas que podem ser considerados fatores de risco para a ocorrência da violência sexual (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO

À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 2002), pois alguns estudos mostram que o uso de álcool está presente nas situações de violência sexual, seguido pela drogadição (BRITO et al., 2005; MARTINS; JORGE, 2010). Vale ainda destacar as estatísticas internacionais, em que o consumo de álcool está presente em cerca de 13% a 50% dos casos de estupro e atentados ao pudor (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Em dois dos casos, é possível perceber a reação da mãe em relação ao abuso sexual da filha, provocado pelo seu companheiro, e, nas duas situações, a mãe não acreditou na filha, o que ocasionou conflitos na relação mãe e filha. Esse fato também está presente na literatura, onde ocorre a culpabilização da vítima por ter sido abusada, e algumas mães, principalmente quando o agressor é o seu companheiro, resistem em acreditar na ocorrência da agressão sexual. Essa negação decorre da decepção em relação ao envolvimento afetivo com o companheiro da falta de confiança e de uma relação conflituosa com a filha. A ocorrência desse tipo de situação produz uma confusão para a mãe que não sabe em quem acreditar ou não quer aceitar o fato de o agressor ser o seu companheiro. Dessa forma, negar, desmentir o filho vitimado ou culpá-lo pela sedução é uma forma de suportar o impacto da violência (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009; LIMA; ALBERTO, 2010).

Pelos relatos, pudemos constatar também que em algumas adolescentes o abuso sofrido aguçou a sexualidade e, em outras, reprimiu. Evidenciamos que duas adolescentes apresentavam comportamentos e relataram fatos que podem estar relacionados à prostituição. Portanto, a agressão sexual pode levar ao interesse sexual e atitudes provocativas precoces, e, conseqüentemente, a exploração sexual, assim como pode ocasionar distúrbios psicossomáticos, desvios e transtornos sexuais que dificultam o desenvolvimento da sexualidade (MARTINS, JORGE, 2010).

Dessa forma, concluímos que as informações coletadas com as adolescentes participantes deste estudo estão corroborando os achados de outras pesquisas e condizentes com a literatura.

6.3 Articulação do Modelo de Crenças em Saúde com os achados

6.3.1 Susceptibilidade percebida

Conforme o Modelo, foram evidenciados neste estudo os seguintes fatores que estão relacionados à susceptibilidade percebida das adolescentes vítimas de violência sexual:

Défice de conhecimento, maior vulnerabilidade da mulher às DST/AIDS e não desejarem se relacionar futuramente com homens. Esses fatores estão de acordo, respectivamente, com as variáveis estruturais, demográficas e sociopsicológicas que influenciam a percepção de susceptibilidade a uma determinada doença.

As adolescentes participantes do estudo demonstraram défice de conhecimento em relação às DSTs, sendo a AIDS a única doença evidenciada nos relatos de quatro das oito participantes. Esse fato pode dificultar a adoção de medidas preventivas em relação às DSTs e levá-las a uma ideia reducionista no que se refere a prevenção e detecção precoce dessas doenças, como podemos evidenciar nos relatos abaixo:

Doenças que pega pelo sexo, eu só conheço a AIDS (ANA).

AIDS!! Essa eu sei o que é! Pega do homem! (SARA).

Eu não sei o que essas coisas aí, não. Mas, tem uma que eu sei que mata, porque deixa o corpo bem fraquinho (REBECA).

Tia, eu já ouvi falar de AIDS na escola... (MARIA).

Tia, o que essas "PSP", nunca ouvi falar dessas coisas (ESTER).

Não sei o que é isso (RUTE).

Tia, não sei não... (EVA).

O que é essas doenças, tia, nunca vi e nem ouvi falar (DALILA).

Conforme os discursos, e em concordância com estudos realizados, a AIDS é a doença mais conhecida na população. Em contrapartida, as demais DSTs são de conhecimento restrito àquelas pessoas que tiveram curiosidade em conhecer; ou que tiveram o contato direto ou indireto com a doença (MARQUES et al., 2006; BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2009).

A repercussão que a AIDS atingiu nos últimos anos é consequência da grande preocupação das campanhas preventivas, veiculadas na mídia diariamente, fazendo com que o conhecimento sobre as demais DSTs fique prejudicado e a AIDS seja a mais conhecida (TONELI et al., 2003).

Alguns estudos corroboram essa popularidade da AIDS. Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em 1999, com 945 estudantes do ensino médio, descobriu-se que 100% deles já tinham ouvido falar sobre a AIDS (TRAJMAN et al., 2006). Já em outra investigação,

100% dos entrevistados conheciam a AIDS, podendo-se considerar elevada a quantidade de jovens (36.2%) que afirmaram não saber o que é DST (DUSMAN et al., 2009).

Sendo a AIDS muito difundida nas campanhas de prevenção do Ministério da Saúde, os adolescentes adquirem conhecimentos acerca da temática por várias maneiras, principalmente pela mídia, particularmente a TV, pois, segundo Camargo e Botelho (2007), a televisão é a segunda melhor fonte de informação sobre a AIDS, perdendo espaço apenas para a escola. Ressaltamos também que o programa televisivo que mais influencia o comportamento humano é a telenovela, que se destaca como uma fonte de informação sobre assuntos relacionados com a saúde sexual de maneira superficial e sem permitir uma discussão mais aprofundada sobre sexo e sexualidade entre os personagens, dessa forma, interferindo na adoção de comportamentos sexuais saudáveis (DIAS, 2011).

No presente estudo que ora relatamos, nenhuma das adolescentes citou a mídia como responsável pela disseminação de conhecimento sobre a temática em foco. Isso decorre do fato de as participantes do estudo terem na sua rotina horários estabelecidos para assistir à televisão, como também o programa que podem ver. Dessa forma, o acesso das adolescentes à televisão era restrito, valendo lembrar um fato ocorrido durante o estudo: uma das adolescentes queria assistir todos os dias a uma telenovela e não queria fazer nada na hora desse programa. Além de ser um aparelho para todas, isso ocasionava discussões. Por isso, a exibição dessa telenovela foi proibida. Esse exemplo nos mostra a supervisão e disciplina dessas adolescentes.

Como há pouco mencionado, a escola se destaca como a principal fonte de informações dos adolescentes sobre assuntos relacionados à sexualidade. Portanto, ela pode ser visualizada como cenário institucional privilegiado de acolhimento contínuo de adolescentes e jovens, e um espaço de convivência e interação social e de compartilhamento de decisões e responsabilidades envolvidas na efetivação das estratégias articuladas de redução da vulnerabilidade dos adolescentes. Por isso, deve ser utilizada como local apropriado para promover a saúde dos adolescentes numa visão holística (MAHEIRIE et al., 2005; BORGES; NICHIATA; SCHOR, 2006; BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2009).

Neste estudo, uma das adolescentes citou ter ouvido falar de AIDS na escola, conforme o depoimento a seguir:

Tia, eu já ouvi falar de AIDS na escola, o professor mostrou até uma camisinha (MARIA).

A escola destaca-se como fonte de conhecimento sobre as DSTs/AIDS, em razão de ter sido incluída a orientação sexual como tema transversal nas diretrizes dos currículos para o ensino fundamental (BRASIL, 1998). Os temas transversais são questões sociais necessárias para a aprendizagem e reflexão dos alunos sobre assuntos escolhidos conforme a prioridade e que estão contextualizados de acordo com as diferentes realidades locais e regionais (BRASIL, 1997). Portanto, na escola, os programas de orientação sexual foram organizados em torno de três eixos norteadores: “Corpo: matriz da sexualidade”, “Relações de gênero” e “Prevenção de DST/AIDS (ALTMANN, 1999).

Uma pesquisa com adolescentes revelou que 71% dos participantes consideraram os professores como primeira opção para esclarecer assuntos referentes à sexualidade, confirmando a importância da educação sexual no ambiente escolar, sendo também relevante reforçar a necessidade de atualização contínua do conhecimento desses profissionais sobre sexualidade e DST/AIDS, para cumprimento eficaz do seu papel de educadores (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2009).

Então, é recomendável que as escolas reservem um espaço nos seus calendários para a realização de atividades educativas sobre a temática e busquem estratégias que possam intervir de forma correta e satisfatória junto ao amadurecimento do adolescente, quanto a sua independência sexual com responsabilidade, oferecendo aos jovens, métodos de ensino sobre a temática em estudo (MARQUES et al., 2006; SILVA et al., 2009).

Destaca-se, também, que a escola pode formar parcerias juntamente com outros profissionais conhecedores da área, como, no caso, o enfermeiro, que desenvolve ações educativas no espaço escolar, podendo trabalhar a sexualidade com responsabilidade, prevenindo, inclusive, situações às vezes irreversíveis, como o surgimento de agravos à saúde, que acontece, justamente, pelo desconhecimento ou por informações distorcidas e pouco esclarecedoras (SILVA et al., 2009).

Desse modo, a escola é um ambiente favorável para a prática de Educação em Saúde com adolescentes contribuindo para o “empoderamento” desses indivíduos na realização de medidas preventivas e, conseqüentemente, na efetivação de ações que possibilitem a redução da vulnerabilidade desses adolescentes às DST e gravidez não planejada (DIAS et al., 2010).

Além da mídia e da escola, a literatura também aponta a família e os amigos como fonte de informações dos adolescentes sobre assuntos relacionados com a sexualidade e consequentemente, DST/AIDS (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2009; DUSMAN et al., 2009). Em razão da problemática abordada no nosso estudo, as adolescentes estavam abrigadas numa Instituição de Acolhimento, tendo contato com os familiares durante as visitas no domingo. Provavelmente, as adolescentes em virtude do contato restrito com os familiares, não se sentiam à vontade para conversar com os eles sobre o assunto em questão.

Estudos comprovam a dificuldade dos pais em conversar com os filhos acerca da sexualidade, pois eles se sentem despreparados para abordar um tema repleto de mitos e tabus, não sabendo como agir ante as demonstrações da sexualidade dos seus filhos. E os filhos também se sentem inseguros de esclarecer dúvidas com os pais, por não saberem como eles irão reagir. Portanto, é necessário estabelecer uma relação de confiança entre os pais e os filhos para que se sintam à vontade para dialogar sobre o assunto (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Destacamos também, que os profissionais trabalhadores da Instituição poderiam fazer a função de família, mas estes não foram citados. Talvez por ser uma instituição religiosa, o assunto não era enfatizado pelos profissionais e a sexualidade poderia estar sendo focalizada apenas para a procriação.

Em relação a busca de informações com amigos, as adolescentes também não citaram conversar sobre esse assunto entre elas. Dessa forma, concluímos que, em decorrência do trauma sofrido e do tipo de violência, as adolescentes não gostam de socializar informações que as fazem lembrar sobre o ocorrido com elas, conforme as falas a seguir:

Tia, não gosto de falar disso não (DALILA).

Vamos falar de outra coisa... (MARIA).

De novo isso, tia (ESTER).

Evidenciamos, ainda que, em um dos encontros iniciais com o coordenador da Instituição, ele nos relatou que as adolescentes eram consultadas, frequentemente, por um médico, e que este explicava às adolescentes sobre muitos assuntos relacionados a sexualidade, inclusive sobre os assunto que abordávamos nos nossos encontros. Isso foi evidenciado nos relatos das adolescentes, que citaram esse profissional como fonte de informação.

Eu já vi uma camisinha lá no médico (MARIA).

Eu já fui no médico da camisinha (ESTER).

Dessa forma, podemos rematar que essas adolescentes têm poucas fontes para socializar suas indagações em relação à sexualidade, já que citaram apenas a escola e o profissional de saúde. Portanto, destaca-se nesse caso, o grande papel que a escola poderá desenvolver, como já explanado, visto que é o ambiente que adolescentes frequentam diariamente.

Ainda em relação à susceptibilidade percebida, as adolescentes expressaram a maior vulnerabilidade da mulher às DST/AIDS no que se refere aos fatores biológicos e culturais intimamente relacionados, tendo, em algumas de suas falas, a predominância de fatores biológicos e, em outras, de fatores culturais.

No que concerne aos fatores biológicos, as adolescentes destacaram a anatomia da mulher como mais fácil de se infectar com alguma DST/AIDS, conforme os depoimentos abaixo.

O corpo da mulher é aberto e o do homem fechado, por isso, a mulher tem mais facilidade de pegar doença do que o homem (MARIA).

O nosso órgão é aberto, por isso é mais fácil pegar doença (MARIA).

É verdade, o nosso órgão é partido no meio, aí, as doenças entram (REBECA).

O corpo da mulher é muito fraquinho e qualquer coisa pega doença (ESTER).

A mulher é mais fraca e fica doente até se não lavar as calçinhas direito, né tia?! (EVA).

Esse fato também está comprovado na literatura, ao expressar que a mulher é mais vulnerável do que o homem às DST e ao HIV, em razão da superfície da mucosa da vagina e do cervix ser bem mais extensa (SOARES, 2003). Ressalta-se que é preciso dispensar atenção especial às mulheres, pois está crescendo o número de infecções pelo HIV entre esta população, que, notadamente, é mais susceptível ao acometimento por este vírus por várias questões, desde as biológicas às sociais (CARVALHO; PICCININI, 2008; SILVA; VARGENS, 2009).

Em relação aos aspectos sociais e culturais, ainda se percebe a crença de que a mulher é o sexo frágil, segundo o depoimento a seguir:

Pro homem tudo é mais fácil, né, tia, a mulher sempre tá na pior, até na doença (SARA).

Nós pega doença mais fácil, porque a “piroca” do homem é para fora, e aí, se ele lavar direito não fica doença (ANA).

A dominação masculina se naturalizou dentro da sociedade e ainda se pode evidenciar como concepções machistas o fato de os homens serem fortes, terem um corpo resistente e invulnerável as doenças como exposto nas falas das adolescentes (GUERREIRO; AYRES; HEARST, 2002; STEM et al., 2003; GOMES; NASCIMENTO, 2006; SILVA, 2009). Portanto, as diferenças entre o homem e a mulher vão além dos fatores biológicos, necessitando de uma análise profunda das questões comportamentais, pois algumas ainda estão baseadas nas concepções da cultura machista e se estendem não apenas nas morbidades de natureza sexual, mas no contexto geral.

Destacamos também, no segundo depoimento, crenças errôneas sobre a prevenção de DST pela higienização do órgão sexual após a relação sexual. Outros estudos corroboram este achado, pois mostram que a crença de lavar os órgãos genitais após a relação sexual é uma forma de prevenção de doenças, relatada por 42% do sexo feminino e 43% do sexo masculino, numa pesquisa realizada com adolescentes (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2009).

Outro fato comprovado nos relatos das adolescentes em relação a sua susceptibilidade foi a baixa percepção individual de contraírem as DST/AIDS, pois, durante as entrevistas, ficou bastante evidente que as adolescentes apresentam uma dificuldade muito grande de acreditar que são vulneráveis às DST/AIDS, pelo fato de que não terão relacionamentos futuros com homens em razão de consequências de ordem psicológica, em decorrência do trauma sofrido, e não quererem se relacionar com homens.

Sexo é safadeza! Eu não quero isso não (MARIA).

Naaaam tia, eu não gosto de sexo não! Nem quero casar (REBECA).

Eu não quero fazer família, pra quê, só pras crianças sofrerem, Deus me livre de homem, é tudo sem vergonha (ESTER).

Não quero mais ter filho, não quero mais saber disso, já tive um e ta bom. Homem é safado, tia, engana a gente (RUTE).

Tia, como a gente sabe que o homem tá afim da gente? Como a gente sabe que quer ter relação? Eu acho que eu não quero isso não (REBECA).

Não, eu não quero não, homem não presta (MARIA).

Isso é safadeza, e eu não quero (DALILA).

Eu não sei o que vai ser do meu futuro, mas filho não quero ter, nem família e muito menos homem chato pegando no meu pé, querendo mandar em mim (EVA).

De acordo com esses discursos, as adolescentes relataram que não querem se relacionar futuramente com homens. Mesmo assim, vale destacar que elas podem futuramente se apaixonar e, conforme estudos, quando uma mulher se apaixonou por um homem, ela aceita tudo, submete-se a diversas situações e não questiona nem contesta as vontades do seu amado, inclusive não usar camisinha nas relações sexuais (PINHEIRO, 2005). Ressaltamos, ainda, que as mulheres quando apaixonadas vivenciam mitos românticos e veem o amor como todo-poderoso, acreditando que são imunes às DST e não se previnem (SOARES, 2003).

Em relação à susceptibilidade percebida dessas adolescentes, elas não se consideraram susceptíveis às DST/AIDS por acreditarem que não irão se relacionar sexualmente com homens, mesmo identificando a maior vulnerabilidade da mulher a essas patologias. Somado a isso, ainda temos o déficit de conhecimento dessas doenças, o que dificulta a adoção de medidas preventivas. Dessa forma, concluímos que essas adolescentes estão em risco de contrair uma DST/AIDS em consequência da baixa percepção individual de susceptibilidade.

6.3.2 Severidade percebida

As adolescentes perceberam a severidade das DST/AIDS e, nos seus depoimentos, podemos focalizar essas doenças como graves, que não têm cura e causam a morte; alterações no convívio social provocadas pelas DSTs/AIDS e o medo de contrair uma dessas doenças.

Em relação à severidade, as adolescentes focalizaram suas respostas, principalmente, na AIDS, e a consideraram uma doença grave, que não tem cura e causa a morte. Em um estudo realizado com mulheres contaminadas e não contaminadas com o HIV, utilizando o mesmo Modelo de Crenças, foram percebidos resultados simultâneos em relação à severidade percebida, pois, nesta investigação, as entrevistadas consideraram a AIDS como uma doença incurável, grave e que ocasiona mortes prematuras (SOARES, 2003), corroborando os depoimentos que seguem.

Tia a AIDS é aquela doença que mata porque deixa o corpo bem fraquinho (MARIA).

AIDS é grave e mata, né, tia (ANA).

Ela é ruim mata a gente (RUTE).

AIDS não tem cura e mata (SARA).

AIDS é uma doença perigosa que não tem remédio (REBECA).

Portanto, a AIDS é uma doença estigmatizada, impregnada de muito preconceito, além de ser uma enfermidade incurável, séria, que pode levar à morte (SOUSA; KANTORSKI; BIELEMANN, 2004).

Outro ponto a ser destacado nos relatos das adolescentes no que concerne à severidade percebida é o preconceito em relação a AIDS, provocando alterações no convívio social, como: não contar a sua situação de doença para ninguém e a preocupação com o que os outros vão dizer. Isso ocorre porque, inicialmente, a AIDS era compreendida como uma doença que ameaçava extremamente a saúde humana, sendo interpretada pela população como uma patologia incurável e contagiosa. Dessa forma, motivava a manifestação de sentimentos de discriminação em relação aos seus portadores, visualizados como inclusos no grupo de risco representado pelas profissionais do sexo, pelos homossexuais e usuários de drogas injetáveis (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Se eu tivesse uma doença dessas, eu nem saia de casa, pois não queria que ninguém soubesse (ESTER).

Naaamm, essas doenças é horrível, ninguém iria querer ficar perto de mim (ANA).

Tia, se a pessoa só olhar tem como saber que a gente tem uma doença dessa, ou só dá para saber se ver a parte íntima da gente, porque eu ia morrer de vergonha se alguém descobrisse que eu tenho uma doença dessa, as pessoas iam ter nojo de ficar perto de mim (MARIA).

Isso é feio! Todo mundo iam se afastar de mim (REBECA).

O pior é a AIDS que não tem remédio, aí, ninguém fica perto de você porque não quer pegar a doença, e acha que você ta com os dias contados para morre (SARA).

Até eu, ia ter medo de ficar perto de alguém que eu sei que tem uma coisa dessa, eu ia passar bem por longe da pessoa (EVA).

Dessa forma, os indivíduos portadores de HIV escondem sua condição de doentes por medo da rejeição, discriminação e preconceito (FREITAS; GIR; RODRIGUES, 2000; CARVALHO; GALVÃO, 2008). Alguns estudos corroboram essas afirmações das adolescentes, pois ocorre um afastamento das pessoas da própria família e do ciclo de amizades, alterando o convívio social em decorrência das ideias preconceituosas e de crenças errôneas sobre as formas de transmissão da doença (SOUSA; KANTORSKI; BIELEMANN, 2004).

Ressaltamos também, o medo de contrair uma dessas doenças demonstrado pelas adolescentes durante as discussões sobre as outras DSTs, pois, pela falta de conhecimento sobre as outras DST, foi necessário abordar essas outras doenças com as adolescentes. Esse

achado foi simultâneo ao estudo citado há pouco no que diz respeito ao medo de contrair uma DST, em decorrência, principalmente, da relação com a morte da AIDS (SOARES, 2003).

Tia, essas doenças dá é medo (RUTE).

Deus me livre de uma doença dessa, eu tenho muito medo de ficar doente (ESTER).

Essas doenças são muito perigosas por isso é que a gente tem medo (MARIA).

Os coisas feias, tia, não gosto nem de ver, dá até medo (ANA).

Que nojento! Isso é horrível, eu tenho é medo de ficar assim, deve der muito ruim (SARA).

Ave Maria, que coisa feia e nojenta, me livrai de uma doença dessa que eu já to é com medo (EVA).

Ai eu não quero nem ver, dá medo só de ver (REBECA).

Eu não quero passar por uma doença dessa, eu tenho medo (DALILA).

Em um estudo realizado com adolescentes com história de vida nas ruas, constatou-se como os adolescentes têm medo de contrair uma DST, principalmente a AIDS, dada sua relação com a morte por não ter cura (BORGES, MEDEIROS, 2004).

Apesar das adolescentes identificarem a severidade dessas doenças, em particular sobre a AIDS por ser grave, incurável e cercada de discriminação e preconceito, não é o suficiente para a adoção de comportamentos preventivos e, como exposto anteriormente, a tomada de ação depende da severidade combinada com a susceptibilidade percebida e, como já explanado na categoria acima, as adolescentes não se consideraram susceptíveis a essas doenças.

6.3.3 Benefícios percebidos

As adolescentes identificaram como benefícios percebidos: o uso da camisinha masculina como forma de prevenção de gravidez e da AIDS, fácil acesso e utilização da camisinha masculina.

Em relação aos benefícios percebidos, as adolescentes citaram o uso da camisinha masculina como forma de prevenção de gravidez e da AIDS. Conforme a literatura, é possível concluir que o preservativo masculino é o método contraceptivo mais referido pelos adolescentes. Isso ocorre pela intensiva influência das campanhas de prevenção das DST/AIDS, tendo consciência de que a camisinha previne tanto gravidez como DST/AIDS (DUSMAN et al., 2009).

Tem que usar camisinha para não ficar grávida e nem pegar doença (ESTER).

Tia, eu tenho uma camisinha lá nas minhas coisas que eu recebi no colégio e eu sei que ela é muito boa, a mulher não pega bucho e nem fica com as partes íntimas cheias de doença, a mulher me explicou tudo isso na escola e quando eu fui fazer aquele exame de mulher, na sala do médico tinha uma foto da camisinha (MARIA).

Eu também tia, já fui no médico da camisinha, e fiz o exame de mulher na época do meu caso, mas não gosto de lembrar disso não, deixa pra lá...E eu sei que a camisinha não deixa a mulher pegar bucho (ESTER).

A camisinha é para a mulher não ficar grávida e nem pegar doença (EVA).

É só usar camisinha e todos os problemas estão resolvidos, né, tia, não fica grávida? (ANA).

Camisinha serve para não pegar bucho (REBECA).

Use camisinha para não ficar assim, com essas coisas horríveis e nojentas (SARA).

As adolescentes também evidenciaram o fácil acesso e utilização da camisinha masculina, fato evidenciado em um estudo com casais, que relatou o fácil acesso ao preservativo como também a sua praticidade, tanto por homens como por mulheres (GOMES et al., 2011).

Meu irmão disse que uma camisinha é tão boa que vale 50 reais, é caro, né tia?(ESTER).

É mentira né tia, tem camisinha no posto e lá eles fazem é dá (MARIA).

É fácil né tia, conseguir camisinha (ANA).

Lá no médico tem camisinha, né tia (RUTE).

Quanto custa uma camisinha, tia?... Ah é barato, né! (REBECA).

Em relação ao uso, estudos mostram que a camisinha masculina é um método fácil de usar e prático (PIROTTA, 2008) conforme os depoimentos a seguir:

O médico me explicou que é só colocar a camisinha na árvore do homem e aí a mulher não pega menino, né, tia? (ESTER).

Não dói, é só colocar no pinto do homem, rrsr (SARA).

É fácil né tia de usar, eu já vi na escola (DALILA).

A camisinha é método popularmente mais conhecido de fácil aquisição e manipulação durante a colocação. Os adolescentes conseguiram relatar a sua importância para a prevenção de DST e AIDS e da gestação, percebendo os benefícios desse método.

6.3.4 Barreiras percebidas

Em relação às barreiras percebidas podemos destacar as crenças errôneas em relação ao uso da camisinha, como a interferência causada por esse método no prazer sexual, além das questões culturais e sociais e o abuso de álcool e drogas.

Um estudo também demonstrou que as crenças errôneas acerca do uso da camisinha funcionam como barreiras para adoção de medidas preventivas de DST/AIDS (SOARES, 2003).

A mesma autora refere, ainda, que os adolescentes tendem a apresentar atitudes negativas quanto ao uso de métodos de barreira, como o preservativo, referindo que eles interferem no prazer sexual, retirando a naturalidade e espontaneidade do ato, e nem sempre ele está disponível no momento (CAMARGO; FERRARI, 2009), pois diminui o prazer no intercuro, causa desconforto, provoca irritação vaginal e não é totalmente seguro em virtude do risco de rompimento (BORGES; SCHOR, 2007; BANDEIRA; DIOGENES, 2006).

De modo geral, as adolescentes apontaram como fator predisponente ao não uso da camisinha a interferência causada por esse método no prazer sexual durante a relação, cujo pensamento pode ser oriundo dos mitos relacionados ao uso do preservativo e ao prazer sexual presentes na sociedade (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007).

A camisinha pode estourar e ai!? (ESTER).

Se não colocar direito, a camisinha pode rasgar (MARIA).

Eu já ouvi dizer que a camisinha diminui o prazer (SARA).

A camisinha esquenta porque é plástico, e é ruim de usar (ANA).

Tia o plástico é fraco, então, pode rasgar (REBECA).

As vezes, não usa direito e a camisinha rasga (EVA).

Dessa forma, o uso do preservativo ainda necessita de discussões a respeito da adesão e da utilização adequada, sendo um obstáculo para o seu uso a concepção de que o preservativo interfere no prazer sexual (GOMES, 2008).

Vale ressaltar que as questões culturais e sociais ditam regras para sociedade e comprometem a adoção de comportamentos sexuais saudáveis, considerando o homem como um ser totalmente ativo e que pode se envolver com várias mulheres. Além do mais, as

questões de gênero interferem no poder das mulheres em decidir assuntos relacionados a sua sexualidade (SOARES, 2003).

O homem que é sem vergonha não quer usar, porque o homem só quer usar a mulher (MARIA).

Homem gaiato não quer usar camisinha (ESTER).

Homem enxerido não quer usar (RUTE).

O homem não quer usar camisinha porque é safado (ESTER).

Tia homem é bicho safado, né? Tem uns que tem um monte de mulher, isso tá errado (REBECA).

Com base no exposto e com as falas das adolescentes, podemos notar que a negociação do sexo seguro é uma constante dificuldade nas relações heterossexuais e sinaliza a vulnerabilidade da mulher às DST/AIDS em decorrência de fatores culturais presentes no meio social em que estão inseridas, pois, dadas as relações de gênero pautadas na dominação masculina, a mulher encontra dificuldades para negociar os métodos de prevenção das DSTs/AIDS, destacando-se o preservativo masculino, que depende totalmente da vontade do homem (GELUDA et al., 2006).

Assim, as questões de gênero e os aspectos da cultura machista colaboram para o aumento da exposição das mulheres às DSTs/AIDS (GUIMARÃES, 2001), pois estas apresentam pouco poder de negociação quanto ao uso do preservativo masculino, atribuindo a opção pela sua utilização ou não ao seu parceiro.

As adolescentes também relataram que o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas dificulta a adoção de comportamentos sexuais seguros, pois quem está nessa situação, provavelmente, não vai se lembrar de usar camisinha (SILVA et al., 2010).

O homem é muito enxerido e vagabundo quando tá bêbado ou drogado não usa camisinha e a mulher aceita (RUTE).

O homem não lembra de usar camisinha quando tá drogado (ESTER).

O homem drogado não entende o que tá fazendo e acaba fazendo as coisas do mal, atingi a mulher, faz coisas do mal, faz coisas que ele nem imagina. Esqueci da camisinha porque ele fica esquecido das coisas, fica pensando coisa ruim, atingi a mulher e depois fica querendo colocar a culpa na mulher (ESTER).

A droga é uma maldição né tia, tá destruindo as pessoas e elas fazem coisas que não querem por isso o homem se transforma e não quer nem usar camisinha (EVA).

O homem ta todo doidão como é que vai lembrar de nada e muito menos da camisinha na hora lá e tal (ANA).

Homem que bebe ou se droga só faz coisa que não presta, parece que fica doido, bate na mulher e não vai lembrar de camisinha (MARIA).

Homem já não presta e bebo então muito menos, ai, ele vai é de qualquer jeito e não usa camisinha (REBECA).

Dessa forma, o abuso de álcool e drogas torna-se uma barreira para a prevenção de DST/AIDS, como relatado pelos depoimentos e confrontados com a literatura pertinente, nos quais o abuso de drogas lícitas e ilícitas interferem no uso da camisinha, pois reduz a percepção de risco e, conseqüentemente, a adoção de métodos preventivos (SILVA, 2009).

Em síntese, os adolescentes identificaram algumas barreiras que dificultam a adoção de comportamentos preventivos. Elas estão relacionadas, principalmente, com o uso de álcool e drogas, e também com questões sociais e culturais, sendo, portanto, necessário desmistificar o uso do método de prevenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual ocasiona muitos transtornos na vida de suas vítimas e, para compreender a sua complexidade e magnitude, é necessário aprofundar as pesquisas nessa problemática e suas consequências por se tratar de um assunto tão íntimo e traumático.

Em razão da delicadeza do assunto, este estudo foi marcado por intensas emoções, pois as adolescentes compartilharam suas crenças e valores, mas também vidas marcadas de sofrimentos, angústias e decepções, servindo de contexto não só para profissionais de saúde, com ações direcionadas para a prevenção de DST/AIDS, e sim para a Promoção da Saúde e cuidado holístico de que essas vítimas necessitam.

O “adolescer” já se caracteriza como uma fase de mudanças, particularmente no âmbito sexual, e essas adaptações serão prejudicadas pela ocorrência de um evento estressante, como no caso a violência sexual, que irá depreciar principalmente as alterações sexuais, sendo relevante abordar com suas vítimas questões relacionadas com os direitos sexuais e reprodutivos, no intuito de prevenir condutas prejudiciais à saúde.

A utilização do Modelo de Crenças em Saúde possibilitou a compreensão de algumas crenças e valores que influenciam no comportamento preventivo das adolescentes vítimas de violência sexual. Esses aspectos devem ser considerados por influenciarem nas condutas que podem prejudicar a saúde por meio de comportamentos de riscos, como, no caso da sexualidade, a contaminação pelas DSTs e AIDS e a gravidez precoce por via das relações sexuais desprotegidas.

Dessa maneira, conforme as dimensões do Modelo escolhido, podemos rematar, que em relação à susceptibilidade percebida, as adolescentes demonstraram baixa percepção de risco para a contaminação de DST/AIDS, por considerarem que não irão se relacionar sexualmente com homens. Isso decorre da experiência traumática por que passaram. Mesmo com essa percepção, é necessário refletir sobre isso, pois, futuramente, elas poderão se apaixonar, e em decorrência dos aspectos sociais e culturais que dificultam a negociação do preservativo, as mulheres cedem aos interesses masculinos e se relacionam sexualmente sem proteção.

Ainda em relação à susceptibilidade dessas adolescentes, elas demonstraram déficit de conhecimento sobre essas doenças em razão das poucas fontes de informações que possuem, e não gostarem de conversar sobre o tema sexualidade. É relevante enfatizar a

necessidade de ações de Educação em Saúde, principalmente no contexto escolar, por ser um local propício para as atividades educativas, e no qual as adolescentes passam a maior parte do dia, favorecendo a abordagem dessa temática.

Destacamos o fato de que em nenhum momento as adolescentes citaram os colegas da escola como fonte de informações sobre assuntos relacionados à temática, o que evidencia a dificuldade de elas abordarem esse assunto ou, talvez, as adolescentes se distanciam do envolvimento social como resultado da violência sexual, e, dessa forma, não são pessoas sociáveis, encontrando dificuldade para se relacionar com outros sujeitos.

Dessa forma, o enfermeiro como educador deve se apropriar do espaço escolar e desenvolver parcerias com professores e coordenadores, para o planejamento e execução de atividades voltadas às problemáticas que envolvem a adolescência, principalmente no universo sexual, contribuindo, portanto, para a diminuição das estatísticas de contaminação de DST/AIDS e gravidez não planejada nessa faixa etária.

Vale destacar a ênfase conferida a maior vulnerabilidade das mulheres em relação a contaminação de DST/AIDS, em razão dos aspectos biológicos, sociais e culturais, pois essas adolescentes são influenciadas pelos aspectos machistas ainda existentes na sociedade e elas acreditam ser o sexo frágil, concepção que recebe ainda mais ênfase em virtude das conseqüências do trauma sofrido, pois a violência sexual também está vinculada ao machismo, no qual o homem não controla o seu instinto sexual e a mulher tem que ceder às vontades masculinas. É necessário, então, abordar com esse público específico as relações de gênero, os seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como trabalhar com a autoestima dessas adolescentes, para que as elas acreditem que podem controlar seus corpos e decidir sobre suas vontades e planos de vida.

No que concerne a severidade percebida, apesar do conhecimento restrito das adolescentes, elas identificaram a gravidade desses agravos, principalmente em relação à AIDS. Assim, elas reconheceram essas doenças como graves e que interferem na vida social pelo preconceito e discriminação relativamente a essas doenças. Destacamos também o medo demonstrado perante a possibilidade de contrair DST/AIDS.

Apesar do medo e do reconhecimento da gravidade e das alterações provocadas por essas patologias, não é possível determinar que as adolescentes irão adotar comportamento preventivo, pois, conforme o modelo adotado no estudo, a tomada de ação

depende da susceptibilidade percebida e da severidade percebida e o que se pode constatar pelos achados é a pouca percepção de susceptibilidade, o que influenciará na adoção de condutas saudáveis, pois elas não se sentem ameaçadas de contrair uma dessas doenças.

Quanto à percepção dos benefícios da ação preventiva, as adolescentes reconheceram a facilidade de acesso e utilização do preservativo masculino e a sua eficácia em relação a prevenção de DST/AIDS. Destacamos que a camisinha foi o único método contraceptivo relatado pelas adolescentes, o que pode estar vinculado ao enfoque dado a esse método nas campanhas preventivas e na mídia.

Em relação às barreiras evidenciadas pelas adolescentes, destacam-se as crenças errôneas em relação ao uso da camisinha, como a interferência causada por esse método no prazer sexual, além das questões culturais e sociais e o abuso de álcool e drogas.

Como mencionado no estudo, crenças e valores devem ser considerados por influenciar nas condutas que podem prejudicar a saúde por meio de comportamentos de riscos, como, no caso citado, o uso da camisinha, que necessita ser desmistificado em virtude de alguns aspectos sociais e culturais que dificultam a sua adoção, por considerar a sua interferência durante o prazer sexual. Dessa forma, crenças e valores devem ser priorizados na elaboração de políticas públicas, programas preventivos e intervenções em populações específicas, principalmente quando se almeja a mudança de comportamento.

Outro aspecto importante identificado pelas adolescentes como barreira para o uso do preservativo é o uso de álcool e drogas como fator para o esquecimento do preservativo. Ressaltamos que elas podem estar se reportando ao ocorrido em relação à violência sexual sofrida, pois, pelos relatos durante o momento da violência, o agressor estava fazendo uso de álcool ou drogas e não deve ter usado o método de prevenção.

Conforme o MCS, os benefícios devem ser maiores do que as barreiras para que o comportamento preventivo seja adotado. De acordo com os achados do estudo, as adolescentes não identificaram mais benefícios do que barreiras, nem o oposto, mas evidenciamos que as barreiras citadas estão relacionadas a aspectos sociais e culturais e às consequências da violência, sendo, portanto, mais difícil de se vencer. Dessa forma, torna-se necessário que sejam formuladas intervenções voltadas para as especificidades dessas adolescentes e embasadas nas suas crenças e valores, despertando sua conscientização sobre suas atitudes e a mudança de comportamento para melhorar a sua qualidade de vida.

Perante os achados do estudo, ressaltamos a necessidade de intervir junto a essa clientela com a finalidade de emergir nas adolescentes a sua percepção de susceptibilidade a essas doenças, reconhecendo a sua severidade e os benefícios dos meios de prevenção e eliminando as barreiras que interferem na adoção do comportamento preventivo.

Como relatado pelos profissionais da Instituição, as ações do Programa de Saúde da Família são muito contingentes, ocorrendo campanhas de vacinação, tratamento odontológico como aplicação de flúor, mas não foi reportada a realização de Educação em Saúde, principalmente sobre questões da saúde sexual e reprodutiva de que essas adolescentes tanto necessitam, como pode ser evidenciado nos resultados deste estudo. Talvez a falta da abordagem dessa temática possa estar relacionado a pouca preparação que esses profissionais têm sobre a problemática da violência sexual.

De tal maneira, se enfatiza a necessidade de criar programas e políticas públicas direcionadas a esse público-alvo, com ações intersetoriais e multiprofissionais, para diminuir os impactos da violência sexual no contexto geral, como também capacitação para os profissionais se sentirem mais habilitados para o trabalho com essa problemática.

Como relatado há pouco, para o enfrentamento da violência sexual, é necessário o apoio de vários setores da sociedade. E, no caso do setor saúde, destaca-se a enfermagem como profissão voltada para a arte de cuidar de forma holística, podendo contribuir para promover a saúde dessas vítimas com base em ações voltadas para a valorização do sujeito e baseadas nas crenças e valores das vítimas e dos aspectos relacionados com o fenômeno da violência sexual, conscientizando-as das suas atitudes para que elas adotem comportamentos sexuais saudáveis e promovam a sua qualidade de vida, minimizando traumas e sofrimentos advindos dessa experiência de vida, tornando-as conscientes dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-76, 2009.
- ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contadas pela história oral. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.
- ALTMANN, H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. **Estudos Feministas**, v. 9, p. 575-585, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Abuso sexual: mitos e realidades. Por que?! Quem?! Como?! O quê?! 3. ed.** Petrópolis: ABRAPIA, 2002.
- BANDEIRA, V. M. P.; DIÓGENES, M. A. R. O uso do preservativo masculino e feminino entre alunos de enfermagem da Universidade de Fortaleza; **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2006.
- BAPTISTA, R. S.; FRANÇA, I. S. X.; COSTA, C. M. P.; BRITO, V. R. S. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602-608, 2008.
- BARBOSA, S. M.; DIAS, F. L. A.; PINHEIRO, A. K. B.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção das DST/AIDS. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 337-341, 2010.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BECKER, M. H.; DRACHMAN, R. H.; KIRSCHT, J. P. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. **AJPH**. v. 3, n. 64, p. 205-216, 1974.
- BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 522-528, 2008.
- BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 422-427, 2006.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 225-234, jan. 2007.

BORGES, I. K.; MEDEIROS, M. Representações sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma Instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 4, p. 43-49, 2004.

BOTELHO, S. M. N. **Prostituição de adolescentes**: uma imagem construída na adversidade da sociedade. 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: DDN 100. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília, 2007. 9 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal a saúde**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário, 2004**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Adelaide, Sudsvall, Santafé de Bogotá, Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH). Departamento da Criança e do Adolescente (DCA). **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual Infanto-juvenil**. 3 ed. Brasília, 2002. 59 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília, 1998. 436 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: apresentação dos temas transversais, ética. Brasília, 1997. 146 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, 1996.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-557, 2009.

BRIERE, J.; ELLIOTT, D. M. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. **Child. Abuse Negl.**, v. 27, n. 10, p. 1205-1222, 2003.

BRITO, A. M.; ZANETTA, D. M.; MENDONÇA, R. C.; BARISON, S. Z.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P.; Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMPOS, M. A. T. F.; VIEIRA, C. D. D.; MOTA, J. A. C. A infância sem segredos: A noticiabilidade jornalística do crime de exploração sexual de crianças e adolescentes. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 17-29, 2009.

- CANDUNDO, G. **Infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS: conhecimento e crença acerca dos riscos entre estudantes do ensino médio de Lubango, Angola-África**. 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. Sexualidade da adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, abr. 2000.
- CAPITÃO, C. G.; ROMARO, R. A. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes. **Psicol. Am. Lat.**, n. 13, 2008.
- CARTER-LOURENZ, J. H.; JOHNSON-POWELL, G. Abuso físico, abuso sexual e negligência da criança. In: KAPLAN, H. I.; SADDOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.
- CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, 2008.
- CEZIMBRA, G. S. S. **Há associação entre a maturação sexual feminina e a exposição a condições de vulnerabilidade como o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência?** 2008. 235 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. **Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários**. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual. [S.l.: s.n.], 2010.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência como um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 277-292, 2006.
- DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.
- DIAS, F. L. A. **Influência da telenovela no uso do preservativo pelos adolescentes masculinos na prevenção do HIV/AIDS**. 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DIAS, F. L. A.; SILVA, K. L.; VIEIRA, N. V. C.; PINHEIRO, P. N. C.; MAIA, C. C. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

DUSMAN, E.; GÓIS, K. S.; PENNA, L. M. C; CAMARGO, T.; GOMES, E. M. V.; GUHUR, M. L. P. Conhecimentos e atitudes dos adolescentes da cidade de Maringá – PR a respeito de doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais. **Rev. Saúde e Biol.**, v. 4, n. 1, p. 12-20, 2009.

FERREIRA, A. L.; SOUZA, E. R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a criança e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 28-38, jan. 2008.

FREITAS, M. R. I.; GIR, E.; RODRIGUES, A. R. F. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV – 1. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 258-263, 2000.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005. 77 p.

GELUDA, K.; BOSI, M. L. M.; CUNHA, A. J. L. A.; TRAJMAN, A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1671-1680, ago. 2006.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: Uma visão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.; JUNDI, M. G.; SEVERO, T. P. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 22-30, 2011.

GUERREIRO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 50-60, 2002.

GUIMARÃES, C. **Aids no feminino**: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

GWANDURE, C. Sexual assault in childhood: risk HIV and AIDS behaviours in adulthood. **AIDS Care**, v. 19, n. 10, p. 1313-1315, 2007.

HABIGZANG, L. F.; CORTE, F. D.; HATZENBERGER, R.; STROEHER, F.; KOLLER, S. M. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008.

HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

INOUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência sexual: Caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estud. Psicol.**, v. 25, n. 1, p. 11-21, 2008.

JANZ, N. K.; BECKER, M. H. The health belief model: a decade later. **Health Education Quarterly**, v. 11, n. 1, p. 1-47, 1984.

KALICHMAN, S. C.; SIKKEMA, K. J.; DIFONZO, K.; LUKE, W.; AUSTIN, J. Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV-AIDS. **J. Trauma Stress**, v. 15, n. 4, p. 289-296, 2002.

KOBARG, A. P. R.; SACHETTI, V. A. R.; VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 16, n. 2, p. 96-102, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, J. A.; ALBERTO, M. F. P. As vivencias maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. **Estud. Psicol.**, v. 15, n. 2, p. 129-136, 2010.

LINS, M. Z. S. **Avaliação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), com foco na notificação de violência sexual na Região Metropolitana de Fortaleza, no período de 1999 a 2007**. 2008. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. Ação social e intersectorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20, p. 505-515, 2006.

MAGALHÃES, M. L. C.; REIS, J. T. L.; FURTADO, F. M.; MOREIRA, A. M. P.; FILHO, F. N. F. C.; CARNEIRO, P. S. M.; FIRMINO, S. L. O profissional de saúde e a violência na infância e na adolescência. **Femina**, v. 37, n. 10, 2009.

MAHEIRIE, K.; URNAU, L. C.; VAVASSORI, M. B.; ORLANDI, R.; BAIERLE, R. E. Oficinas sobre sexualidade com adolescentes: um relato de experiência. **Estud. Psicol.**, v. 10, p. 537-542, 2005.

MALAGUTI, S. E. **Crenças de enfermeiros com cargo de chefia de um hospital universitário sobre os riscos ocupacionais com material biológico**. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MALTA, D. C.; LEMOS, M. S. A.; SILVA, M. M. A.; RODRIGUES, E. M. S.; CARVALHO, C. G.; NETO, O. L. M. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 45-55, 2007.

MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; LOPES, C. L. R.; BARBOSA, A. M. O conhecimento dos escolares adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/ AIDS. **Rev. Elet. Enf.**, v. 8, n. 1, 2006.

MARTINS, C. B. G; JORGE, M. H. P. M. Abuso sexual na infância w adolescência: perfil das vítimas e agressores em municípios do sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 246-255, 2010.

MASCARENHAS, L. B.; CARDOSO, F. L.; ROCHA, G.; MACHADO, M. N. M. Violência e medo permeando a exploração sexual de crianças e adolescentes. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, p. 193-213, dez. 2006.

MELO, E. M.; MELO, M. A. M.; PIMENTA, S. M. O.; LEMOS, S. M. A.; CHAVES, A. B.; PINTO, L. M. N. A violência rompendo interações. As interações superando a violência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n. 1, p. 89-98, 2007.

MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 2, p. 185-194, jun. 2004.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADAO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater.-Infant.**, v. 1, n. 1, p. 91-102, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 80 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 408 p.

MOURA, J. P. **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microorganismos multirresistentes**. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2004.

NEVES, L. A. S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

NOLL, J. G.; TRICKETT, P. K.; PUTNAM, F. W. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 71, n. 3, p. 575-586, 2003.

NUNEZ, A; TORTOLERO, Y; VERSCHUUR, A; CAMACARO, M; MENDOZA, S. Violencia sexual: un fenómeno oculto en la experticia médico legal. **Rev Obstet Ginecol**, v. 68, n. 4, p. 233-9, 2008.

OLIVEIRA, M. P. C. **Abuso sexual de meninos: estudo das conseqüências psicosssexuais na adolescência**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza**. Geneva: OMS, 1995.

PINHEIRO, P. N. C. **A cultura masculina e sua influência na soropositividade pelo HIV à AIDS**. 2005. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

PIROTTA, K. C. M. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo de comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários, 2002. **Rev. Saúde Coletiva**, n. 26, n. 5, p. 232-237, 2008.

POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUEIROZ, R. **Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RAMOS, C. R. A.; MEDICCI, V. P. G.; PUCCIA, M. I. R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referencia. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 1, p. 22-27, 2009.

REDDING, C. A.; ROSSI, J. S.; ROSSI, S. R.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O. Health Behavior Models. **The International Electronic Journal of Health Education**, v. 3, Special Issue, p. 180-193, 2000.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M.; SEHNEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.

RODRIGUES, G. S.; LOPES, M. J. M.; SOUZA, A. C.; RIBEIRO, L. M. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 111-120, 2008.

RODRIGUES, J. L.; BRINO, R. F.; WILLIAMS, L. C. A. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. **Paideia**, v. 16, n. 34, p. 229-240, 2006.

ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. **Milbank Mem. Fund. Q.**, New York, v. 74, n. 3, p. 94-127, 1966. Supplement.

_____. What research in motivation suggests for public health. **A.J.P.H.**, v. 50, n. 3, 1960.

SAILER, G. C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico.** 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SANTOS, S. S. **Mães de meninas que sofreram abuso sexual intrafamiliar: reações maternas e multigeracionalidade.** 2007. 81 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SANTOS, S. S.; DELL’AGLIO, D. D. Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 25, n. 1, p. 85-92, 2009.

SCANAVINO, M. T. Violência sexual na infância/adolescência e risco para o HIV/Aids na vida adulta. **Diagn. Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 165-167, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; D’LIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violence and health: recent scientific studies. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 112-120, 2006.

SERAFIM, A. P.; SAFFI, F.; RIGONATTI, S. P.; CASOY, I.; BARROS, D. M. Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 36, n. 3, p. 101-111, 2009.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C.; A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/ HIV. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, E. F.; PAVANI, R. A. B.; MORAES, M. S.; NETO, F. C. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do município de São José, Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1151-1158, jun. 2006.

SILVA, K. L. **A influência do machismo no comportamento sexual dos adolescentes.** 2009. 57 f. Monografia. Universidade Federal do Ceará, 2009.

SILVA, K. L.; DIAS, F. L. A.; MAIA, C. C.; PEREIRA, D. C. R.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. A influência das crenças e valores culturais no comportamento sexual dos adolescentes do sexo masculino. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 247-252, 2010.

SILVA, K. L.; IZIDORO, I. F. R. V.; MAIA, C. C.; SOBREIRA, T. T. Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 145-151, 2009.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, M. J. G. O. **Mulheres e HIV/AIDS**: análise de comportamento preventivo à luz do modelo de crenças em saúde. 2003.170 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SOUSA, A. S.; KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M. A Aids no interior da família – percepção, silêncio e segredo na convivência social. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2004.

SOUSA, L. B.; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise dos fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19 n. 4, out./dez. 2006.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **A psicologia do adolescente**: uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

STEM, C.; FUENTES-ZURITA, C.; LOZANO-TREVIÑO, L. R.; REYSOO, F. Masculinidade, saúde sexual e reprodutiva: um estudo de caso com adolescentes da Cidade do México. **Salud Pública Méx.**, México, v. 45, p. 34-43, 2003. Suplemento 1.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; SANTOS, U. P. S.; SANTOS, F. K. Ocorrência de abuso sexual e risco de doenças sexualmente transmissíveis: um estudo transversal com adolescentes. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 76-82, 2004.

TAQUETTE, S. R. (Org.). **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. 128 p.
TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS**: revisão integrativa. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TONELI, M. J. F. M. D.; VAVASSORI, M. B.; GUEDES, T.; FINKLER, I. Concepções e práticas de adolescentes do sexo masculino sobre sexualidade. **Psico. USF**, v. 8, n. 2, p. 203-211, 2003.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes, **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 296-302, 2007.

TRAJMAN, A.; BELO, M. T.; TEIXEIRA, E. G.; DANTAS, V. C. S.; SALOMÃO, F. M.; CUNHA, A. J.; LEDO, A. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 127-133, 2006.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

WILLIAMS, A. F.; WECHESLER, H. Interrelationship of preventive actions in health and other areas. **Health Services Reports**, v. 87, n. 10, 1972.

WONG, D. L. **Whaley & Wong** – enfermagem pediátrica: elementos essenciais à integração efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada

Como você tem se prevenido contra as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS?

Qual a seu ponto de vista (percepção) sobre o seu risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e AIDS?

Quais as consequências que você pode ter ao contrair as doenças sexualmente transmissíveis e/ou a AIDS?

Que acontecimentos e fatores na sua vida podem facilitar ou dificultar a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS?

APÊNDICE B – Grupos Focais

- PRIMEIRO GRUPO FOCAL: A percepção do corpo.

- Primeiro momento: confecção de crachás: desenhar a parte do corpo de que mais gosta e escrever o nome, e, logo após, uma rodada de apresentação falando o nome e explicando por que escolheu a parte do corpo.
- Segundo momento: os participantes deverão construir com recortes o corpo que gostariam de ter. Logo após, será discutido o corpo formado, com a seguinte pergunta: o que esse corpo representa para você?
- Terceiro momento: expor os principais pontos abordados no segundo momento e, para finalizar, pedir para que cada um relatar o que mudaria no corpo.

- SEGUNDO GRUPO FOCAL: O corpo como risco

- Primeiro momento: pedir para cada um citar uma doença, explicando o que sabe sobre a patologia.
- Segundo momento: dividir o grupo em subgrupos e pedir para cada grupo fazer um cartaz abordando uma doença referida anteriormente. As mais relatadas no primeiro momento serão as escolhidas para a confecção do cartaz.
- Terceiro momento: cada um deverá desenhar um corpo sadio e outro doente, depois apresentar para o grupo explicando a diferença entre eles.

- TERCEIRO GRUPO: O corpo como benefício

- Primeiro momento: rodada de respostas: como posso cuidar do meu corpo?
- Segundo momento: pedir para cada um escrever e discutir: eu cuido do meu corpo? Como?
- Terceiro momento: Fazer um cartaz com base no exposto anteriormente - quais os cuidados que preciso ter com o meu corpo?

- QUARTO GRUPO: As dificuldades no cuidado com o corpo

- Primeiro momento: pedir para cada participante escrever uma dificuldade que impede o cuidado com o corpo.
- Segundo momento: listar as principais dificuldades relatadas e o que podemos fazer para enfrentar a situação.
- Terceiro momento: rodada de discussão: você cuida do seu corpo? O que você pode mudar no comportamento para melhorar o cuidado com o meu corpo?

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 074/11

Fortaleza, 03 de Maio de 2011

Protocolo COMEPE nº 080/11

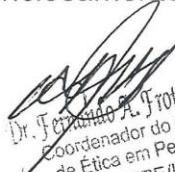
Pesquisador responsável: Kelanne Lima da Silva

Título do Projeto: “Adolescentes Vítimas de violência sexual: crenças e valores relacionados a prevenção das IST e AIDS”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 28 de Abril de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC