

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA LUIZA BEVILAQUA BRUM

**PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES FRENTE AS
IST/HIV/AIDS: DEMANDAS DE CUIDADO À SAÚDE, NA
PERSPECTIVA DAS VULNERABILIDADES**

Porto Alegre, RS

2017

MARIA LUIZA BEVILAQUA BRUM

**PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES FRENTE AS IST/HIV/AIDS:
DEMANDAS DE CUIDADO À SAÚDE, NA PERSPECTIVA DAS
VULNERABILIDADES**

Tese de doutorado interinstitucional-DINTER apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Corso da Motta

Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisângela Argenta Zanatta

Porto Alegre, RS

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Bevilaqua Brum, Maria Luiza
PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES FRENTE AS IST/HIV/AIDS:
DEMANDAS DE CUIDADO À SAÚDE, NA PERSPECTIVA DAS
VULNERABILIDADES / Maria Luiza Bevilaqua Brum. --
2017.
253 f.

Orientadora: Maria da Graça Corso da Motta.
Coorientadora: Elisângela Argenta Zanatta.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Adolescente. 2. Infecções Sexualmente
Transmissíveis. 3. Síndrome da Imunodeficiência
Adquirida. 4. Vulnerabilidade. 5. Enfermagem. I.
Corso da Motta, Maria da Graça , orient. II. Argenta
Zanatta, Elisângela, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

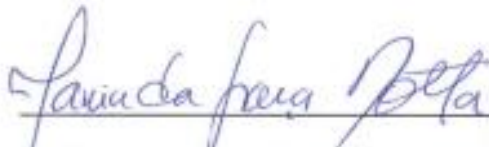
MARIA LUIZA BEVILÁQUA BRUM

Percepções de Adolescentes frente as IST/HIV/AIDS: Demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 20 de junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Darielli Resta Fontana

Membro – UFSM



Profa. Dra. Débora Fernandes Coelho

Membro – UFCSPA

*Dedico esta tese às pessoas que mais amo: Élio,
filhos, neto, genro, irmãos, sobrinhos e
familiares pelo apoio incondicional, força,
incentivo e amizade sem igual.
Sem vocês nada disto seria possível!*

AGRADECIMENTOS

Ao longo de quatro anos, que resultaram nesta tese, pessoas e instituições me ajudaram e apoiaram. Agora que alcanço meus objetivos não poderia deixar de reconhecê-las e manifestar minha gratidão.

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus e ao meu Anjo da Guarda, pois acredito em ambos e sinto que me cuidam, me guiam, iluminam, dão tranquilidade e sabedoria para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Confiar nos seus desígnios foi a minha mais sábia escolha, que sejam sempre Louvados!

Agradeço aos meus filhos, genro, neto amado (que renovou minhas energias desde que nasceu) pelo amor, carinho, compreensão e força dispensados a todo momento. Vocês são a razão da minha existência. Amo vocês!!!

Agradeço ao amor da minha vida, Élio, que me compreende, transmite paz, segurança e sabedoria. Sem você, eu não estaria aqui. Te amo!

Agradeço aos meus irmãos, sobrinhos e sobrinhos netos que estão sempre ao meu lado compartilhando momentos de alegria, energias positivas, me fazem pensar na vida e me tornam um ser melhor. Amo vocês!

Agradeço aos meus queridos Tonha e Osvino que sempre me apoiaram, incentivaram e asseguraram que minha família ficasse bem enquanto eu tocava a vida. Vocês são meu esteio. Amo vocês!

Agradeço à minha colega de trabalho Andrea pela oportunidade de convívio, tornando-se uma amiga: deu-me coragem e força, soube me ouvir, compartilhou angústias e chlíques em situações de exaustão. Do mesmo modo, ajudou a descontrair, relaxar e ficar despreocupada; momentos que foram de significativa importância para o enfrentamento desta etapa de múltiplos desgastes. Obrigada, amiga!

Agradeço às duas amigas Ana: a Ana Cervi, que sempre me dispensou palavras sábias em momentos que eu precisava, me elevando e ajudando a superar algumas dificuldades; e a Ana Dall Agnoll, uma amiga da adolescência que reencontrei neste momento do doutorado e com afeto me acolheu na sua casa nas idas e vindas a Porto Alegre. Adorei reencontrá-la, amiga. Amo vocês!

Agradeço muito à minha orientadora Maria da Graça Corso da Motta. Porém, resumí-la à orientadora é muito pouco porque foi muito mais que isso: foi um ser humano muito especial que tive a oportunidade de conhecer e que me ajudou a conduzir essa caminhada

com tranquilidade. Tenho a sensação de que ainda que me desmanche em agradecimentos vai ficar faltando algo, mas fica aí o meu MUITO OBRIGADA a você, Graça!

Agradeço aos demais professores e coordenadores da UFRGS/PPGEnf que colaboraram com a proposta do Dinter e com excelência transmitiram saberes que levarei comigo por toda vida. Obrigada a todos!

Agradeço à UDESC, minha segunda casa, local onde trabalho e me sinto parte, portanto, comprometida com a sua missão de produzir, sistematizar, socializar e aplicar o conhecimento, de modo a contribuir para uma sociedade mais justa e democrática. Obrigada!

Agradeço a todas(os) colegas da UDESC por compartilharem comigo este momento, pelas forças e amizades construídas. Em especial às chefes de departamento Katia, Elisângela e Carine pela compreensão, liberação e apoio. Nesse grupo não posso deixar de agradecer à colega Leticia que se disponibilizou a abraçar a coordenação do DINTER em Chapecó e soube conduzir com sabedoria essa jornada. Obrigada a todas(os)!

Agradeço à acadêmica Anelise Matos Silveira pela ajuda na coleta das informações. Sua contribuição foi valiosa. Obrigada!

Agradeço a Sandra Mariotti Fronza, que fez as correções do Português, as versões dos resumos em inglês e espanhol e a metodologia desta tese. Obrigada!

Agradeço também à reitoria, diretores e funcionários de ambas Universidades que apoiaram a proposta do Dinter-UFRGS e UDESC. Em especial a Patricia do Curso de Enfermagem da UDESC, pois contribuiu com os saberes da informática no formato dos desenhos desta tese. Obrigada a todos!

Agradeço aos administradores, coordenadores e funcionários da ONG que foram acolhedores e facilitadores em toda a etapa da coleta de informações do estudo. Obrigada a todos!

Agradeço à Emerging Leaders in the Americas Program- ELAP por ter sido contemplada com a bolsa de estudos para desenvolver estágio doutoral no Canadá. Obrigada!

Agradeço a Lise Olsen, minha orientadora no Canadá, e a Nely Oelke, duas pessoas especiais que me acolheram e oportunizaram conhecimentos valiosos para o cuidado à saúde dos seres humanos. Vou carregá-las eternamente em meu coração. Obrigada!

Agradeço a todos os adolescentes, pais e responsáveis que oportunizaram a construção do conhecimento deste estudo e me ajudaram a conhecer uma nova forma de cuidar da saúde dos adolescentes. Sem vocês nada disso seria possível. Obrigada a todos!

RESUMO

BRUM, Maria Luiza Bevilaqua. **Percepções de adolescentes frente as IST/HIV/AIDS: demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades.** 2017. 253f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Considerando as situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas presentes nos cotidianos de vida adolescentes perante as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), avaliadas atualmente como principal fator facilitador da transmissão sexual do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), este estudo objetivou conhecer os elementos que constituem as vulnerabilidades na prevenção das IST/HIV/AIDS de um grupo de adolescentes e identificar suas demandas de cuidado à saúde com base no Modelo Bioecológico do desenvolvimento humano. É um estudo qualitativo, conduzido pelo método Photovoice de Caroline C. Wang, usado parcialmente para coleta de informações. O estudo ocorreu em uma Organização Não Governamental (ONG) situada em um município do oeste de Santa Catarina com a participação de dez adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 18 anos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob o número 1.267.706. As informações foram interpretadas à luz da Hermenêutica proposta por Paul Ricoeur, com suporte no referencial da Vulnerabilidade e do Modelo Bioecológico, emergindo dois temas principais: percepções dos adolescentes perante a prevenção das IST/HIV/AIDS e demandas de cuidado perante a prevenção das IST/HIV/AIDS dos adolescentes. Os resultados sinalizam que o microssistema, ou sistema familiar, é o alicerce do cuidado à saúde sexual dos adolescentes: mesmo que existam constrangimentos e conhecimento incipiente, o que ela ensina repercute em seus comportamentos. O mesossistema, isto é, as vivências com vizinhos e amigos, oportuniza aprendizados; já o exossistema, por meio da ONG, influencia seus crescimentos e desenvolvimento saudáveis; o cronossistema compõe suas histórias de vida, contribuindo com o somatório de conhecimentos que adquirem, enquanto o macrossistema envolve a cultura, as políticas e as ações programáticas de saúde, inseridas nos seus convívios sociais que os fazem perceber a necessidade de autocuidado. Identificou-se que os adolescentes são carentes de informações sobre as IST/HIV/AIDS, sobressaindo o sentimento de vergonha, problemática que também favorece as dificuldades de acesso aos bens e serviços disponibilizados gratuitamente. As demandas de cuidado na saúde sexual englobam o desejo de informações/educação sobre as IST/HIV/AIDS, visitas domiciliares, promoção de campanhas, distribuição de *folders* e panfletos para despertar nas pessoas a necessidade da prevenção às doenças sexuais. A proposta é empoderar a família porque, como a formadora das bases dos conhecimentos dos adolescentes, poderá contribuir para o não fortalecimento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, como também o não favorecimento de ambientes suscetíveis à possibilidade de adoecimento. Acredita-se que os resultados deste estudo fornecem subsídios para o cuidado de enfermagem porque, no âmbito das vulnerabilidades e dos ambientes bioecológicos em que vivem os adolescentes, destacam pontos importantes possíveis de serem incluídos nas estratégias de cuidado à saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Adolescente. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Vulnerabilidade. Enfermagem.

ABSTRACT

BRUM, Maria Luiza Bevilaqua. **Perceptions of adolescents in relation to IST/HIV/SIDA: demands of health care from the perspective of vulnerabilities.** 2017. 253f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Considering situations of individual, social and programmatic vulnerabilities present in the daily lives of adolescents, against Sexually Transmissible Infections (IST), currently evaluated as the main facilitator of sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Syndrome Immunodeficiency Acquired (SIDA). This study aimed to know the elements that constitute vulnerabilities in the prevention of IST/HIV/SIDA of a group of adolescents and to identify their health care demands based on the Bioecological Model of human development. It is a qualitative study, driven by the Photovoice method of Caroline C. Wang, used partially for information gathering. The study was carried out at a non-governmental organization (ONG) located in a municipality in the west of Santa Catarina with the participation of ten adolescents of both sexes, aged between 12 and 18 years. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Santa Catarina, under the number 1,267,706. The information was interpreted in the light of the hermeneutics proposed by Paul Ricoeur, supported by the Vulnerability and Bioecological Model, with two main themes emerging: adolescents' perceptions regarding IST/HIV/SIDA prevention and care demands for prevention IST/HIV/SIDA of adolescents. The results indicate that the microsystem, or family system, is the foundation of adolescent sexual health care: even if there are constraints and incipient knowledge, what it teaches has repercussions on their behaviors. The mesosystem, that is, the experiences with neighbors and friends opportunize learning; already, the exosystem, through the ONG, influences its healthy growth and development. The chronosystem composes their life histories and thus contributes with the sum of knowledge they acquire, while the macro system involves the culture, the policies and the programmatic actions of health, inserted in their social relations that make them realize the necessity of self-care. It was identified that adolescents lack information about IST/HIV/SIDA, with a feeling of shame, a problem that also favors the difficulties of access to the goods and services available free of charge. The demands for sexual health care include the desire for information / education about IST/HIV/SIDA, home visits, promotion of campaigns, distribution of folders and leaflets to awaken in people the need to prevent sexual diseases. The proposal is to empower the family because, as the founder of the knowledge bases of adolescents, it can contribute to the non-strengthening of individual, social and programmatic vulnerabilities, and the non-favoring of environments susceptible to the possibility of becoming ill. It is believed that the results of this study provide subsidies for nursing care, since, within the scope of the bioecological vulnerabilities and environments in which adolescents live, highlights important and possible points to be included in the health care strategies of the same.

Keywords: Adolescent. Sexually Transmitted Infections. Acquired immunodeficiency syndrome. Vulnerability. Nursing.

RESUMEN

BRUM, Maria Luiza Bevilaqua. **Las percepciones de los adolescentes en el IST/HIV/SIDA: las demandas de atención médica desde la perspectiva de vulnerabilidades**. 253f. 2017. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas presentes en los adolescentes de la vida cotidiana, en comparación con las infecciones de transmisión sexual (IST), actualmente evaluado como un factor importante que facilita la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) este estudio tuvo como objetivo identificar los elementos de las vulnerabilidades en la prevención de las IST/HIV/SIDA en un grupo de adolescentes e identificar sus demandas de atención de salud basado en el modelo Bioecológica del desarrollo humano. Es un estudio cualitativo realizado por el método de Photovoice Caroline C. Wang, utiliza parcialmente para la recogida de datos. El estudio se llevó a cabo en una Organización No Gubernamental (ONG), ubicado en un municipio en el oeste de Santa Catarina con la participación de diez adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años; fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Estado de Santa Catarina, con el número 1.267.706. La información fue interpretada a la luz de la hermenéutica propuestos por Paul Ricoeur, apoyado en el marco de la vulnerabilidad y Bioecológica modelo, emergiendo dos temas principales: las percepciones de los adolescentes en la prevención de las IST/HIV/SIDA y las demandas de atención que se enfrenta la prevención de infecciones sexual/adolescentes HIV/SIDA. Los resultados indican que el sistema microsistema, o de la familia es la base de la atención a la salud sexual de los adolescentes: incluso si hay restricciones y el conocimiento incipiente, Enseña refleja en su comportamiento. El meso, es decir, las experiencias de aprendizaje con los vecinos y amigos crianza; Ya, el exosistema, a través de ONG, influye en su crecimiento y desarrollo saludable; la chronosystem compone sus historias de vida y por lo tanto contribuye a la suma de conocimientos adquiridos mientras que el sistema de macro implica la cultura, las políticas y las acciones de salud programáticas, insertadas en sus reuniones sociales que hacen que se den cuenta de la necesidad de auto-cuidado. Se encontró que los adolescentes están privados de información sobre IST/HIV/SIDA, destacando el sentido de la vergüenza, problemas que también favorece a las dificultades de acceso a los bienes y servicios proporcionados de forma gratuita. Las demandas de atención de la salud sexual incluyen el deseo de información/educación de las IST/HIV/SIDA, las visitas a domicilio, campañas de promoción, y volantes para despertar en la gente la necesidad de la prevención de enfermedades sexuales. La propuesta es capacitar a la familia porque, como la formación de la base de conocimientos de los adolescentes puede contribuir al fortalecimiento de la no-persona, vulnerabilidad social y programática, y no favorecer ambientes susceptibles a la posibilidad de la enfermedad. Se cree que los resultados proporcionan subsidios para el cuidado de enfermería, ya que, en el contexto de entornos de vulnerabilidad y bio-ecológico en el que viven los adolescentes, destaca los puntos importantes y posibles que se incluirán en las estrategias de atención a la salud de los mismos.

Palabras clave: Adolescente. Infecciones de transmisión sexual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Vulnerabilidad. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Painel com as fotografias selecionadas na entrevista individual.....	95
Figura 2 – Temas e subtemas elaborados a partir dos resultados do estudo	121
Figura 3 – Contexto bioecológico dos adolescentes.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Informações do prontuário	101
Quadro 2- Informações da entrevista individual	103
Quadro 3- Informações da entrevista coletiva.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIP - *Advisory Committee on Immunization Practices*
AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CDC – *Centers for Disease Control e Prevention*
CEO – Centro de Educação do Oeste de Santa Catarina
CEPEME-CERHFAC - Centro de Estudos e Pesquisas Médicas de Curitiba
CT – Clamídia (*chlamydia trachomatis*)
COMIN – Coordenação Materno-Infantil
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRT – Centro de Referência e Treinamento
DAPS - Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DF – Distrito Federal
DIP - Doença Inflamatória Pélvica
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia da Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FDA – *Food and Drug Administration*
GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
GRID - *Gay-Related Immune Deficiency*
HBV – Vírus da hepatite B
HCC - Doença hepática descompensada
HCV - Vírus da hepatite C
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
HSV-2 - Vírus Herpes Simples
HPV - Vírus do Papiloma Humano
HVTN - Rede de Pesquisas de Vacinas Anti-HIV (*HIV Vaccine Trials Network*)
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer
IDPC – *International Drug Policy Consortium*
MCAF – Modelo Calgary de Avaliação na Família
MS – Ministério da Saúde
NG – *Neisseria gonorrhoeae*
NNDSS - Notificação Sistema Nacional de Vigilância de CDC
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais
PEAS – Programa de Educação Afetivo-Sexual
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PN-DST/Aids - Programa Nacional de DST/AIDS
PPCT – Modelo centrado na pessoa, processo e contexto
PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente
PSF – Programa Saúde da Família
PVHA – Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS
RN – Recém-nascido
RS – Rio Grande do Sul
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SASAD – Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente
SC – Santa Catarina
SP – São Paulo
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISCOLO – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SISMAMA – Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama
SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas
STD – *Philadelphia High School*
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Acesso universal à terapia antirretroviral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UNODC – Nações Unidas sobre Drogas e Crime

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

VP – Vulnerabilidade programática

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS GERAIS	25
3 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA	26
3.1 ADOLESCÊNCIA: CONCEPÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	27
3.1.1 Concepções sobre abordagem bioecológica de Urie Bronfenbrenner	31
3.2 CONCEPÇÕES SOBRE AS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	39
3.3 CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS VULNERABILIDADES	80
4 MÉTODO	87
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	87
4.1.1 Cenário do estudo	88
4.1.2 Participantes	90
4.1.3 Produção das Informações	91
4.2 METODOLOGIA DE INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	96
4.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS	99
5 RESULTADOS	101
5.1 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES.....	101
6 INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	121
6.1 SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES PERANTE AS IST/HIV/AIDS E SUAS RELAÇÕES COM O MODELO BIOECOLÓGICO	121
6.1.1 Os elementos que reforçam as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas aos adolescentes	132
6.2 DEMANDAS DE CUIDADO DOS ADOLESCENTES PERANTE A PREVENÇÃO DAS IST/HIV/AIDS	162
6.2.1 O cuidado dos profissionais de saúde na prevenção das IST/HIV/AIDS	179

7 FINALIZAÇÕES.....	197
8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO	202
REFERÊNCIAS	204
ANEXOS	240
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais e/ou representante legal do participante menor de 18 anos	240
ANEXO B – Termo de Assentimento pelo Adolescente	243
ANEXO C – Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas.....	245
ANEXO D – Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações.....	246
ANEXO E – Declaração de Ciência do Fiel Guardião.....	247
ANEXO F – Parecer consubstânciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UDESC	248
APÊNDICES.....	252
APÊNDICE A - Informações sobre as Imagens Fotográficas.....	252
APÊNDICE B- Convite para os Adolescentes, seus Pais ou Responsáveis.....	253

1 INTRODUÇÃO

Escrever esta tese de doutorado conduziu-me ao desafio de construir um novo saber sobre o cuidado à saúde dos adolescentes, tendo em vista ser uma profissional enfermeira comprometida com a saúde dos seres humanos, especialmente com a saúde dos adolescentes. Por isso, há necessidade de estar continuamente aprimorando conhecimentos na área de atuação, com vistas a contribuir para a construção e consolidação da ciência profissional.

Considerando que cuidar é um processo existencial e permeia o universo que cerca os seres humanos, todos, de certo modo, cuidam e desejam ser cuidados. Entendo que o cuidado deve ser praticado pelos seres humanos, cada um fazendo a sua parte, de modo que a soma seja um todo.

Desse modo, anseio fazer a minha parte nesse contexto do cuidado, com o forte desejo de aperfeiçoá-lo e cuidar de “modo sensível” o meio familiar, os grupos de amigos, o ambiente de trabalho, na assistência de enfermagem, na sociedade, o cuidado com a natureza e com aquilo que ela oferece, como a água que se bebe, a terra que fornece os alimentos e o ar que se respira, assim como o respectivo autocuidado.

A minha história de vida determinou exercitar o “cuidado” desde muito cedo, quando na infância ocorreu a separação dos meus pais e eu, juntamente com meus irmãos, ainda bebês, fomos morar com nossos avós paternos. Por sua vez, estes já se encontravam em idade avançada e, ainda, haviam se dedicado na criação dos seus cinco filhos e demonstravam não ter a paciência que uma criança exige. Mas, do seu modo, cuidaram de mim e dos meus irmãos por longos anos, repassando valores, significados e crenças que até hoje os trago comigo.

Entretanto, ao crescer, cada um foi cuidando de si e ajudando um ao outro, no sentido de superar os desafios que se apresentavam nos cotidianos de cada um, como enfrentar o primeiro dia de escola, superar a falta dos pais, compartilhar problemas e encontrar soluções para eles, fazer descobertas de crianças e pré-adolescência e discernir sobre elas. Na adolescência, ocorreram outros cortes e separações entre eu e meus irmãos, decorrentes de algumas circunstâncias que se apresentaram; contudo, o amor e o cuidado um com o outro permaneceram e se fortaleceram, de tal modo que, até hoje, um consulta e ajuda o outro a enfrentar

situações difíceis que, porventura, se esteja vivenciando, como também há vibração em casos de conquistas e momentos de felicidade.

Essa experiência de vida oportunizou-me reflexões precoces sobre o processo de viver dos seres humanos, no sentido de se estruturar socialmente, como foram constituídas e construídas as famílias, amigos, relações humanas, o cuidado e a ajuda uns aos outros, além da construção individualmente, possibilitando a compreensão sobre os desajustes, alterações e rearranjos nesses contextos.

Com base nisso, procurei cercar minha família, especialmente meus filhos, com cuidados, repassando a eles os valores e crenças aprendidos, e percebo que foram fundamentais nas suas formações. Não posso negar que houve e ainda existem os problemas situacionais como toda família, porém a superação dos mesmos acontece com cuidado um do outro, das relações de outros familiares, de outros seres humanos do convívio e fora dele, estendidos, inclusive, aos animais domésticos que compõem o nosso universo familiar.

Hoje, tenho a nítida impressão de que foi com base na adolescência dos meus filhos que nasceu o interesse de lançar um olhar para o cuidado de adolescentes. Não os vejo como seres problemáticos, que brigam e agridem ou são desorientados, esquisitos, irresponsáveis, escandalosos, além de outros adjetivos, embora sejam um pouco de tudo isso. Vejo-os como seres repletos de talentos, coragem, audácia, com potenciais para aprender, transformar e agir na vida e para a vida, ou seja, são os seres humanos do futuro e, por certo, as esperanças de mudanças nos contextos sociais, culturais e políticos.

O despertar para o “cuidado à saúde dos adolescentes” começou quando atuava no setor de epidemiologia em um município situado no Rio Grande do Sul, local onde transitavam resultados de exames laboratoriais das doenças infectocontagiosas, entre os quais, os do Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), que apontavam positividade do vírus em jovens com idade entre 15 e 18 anos, considerados adolescentes pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), o qual estabelece a faixa etária 12 a 18 anos para esse grupo etário (BRASIL, 1990a).

Essas constatações invocaram-me a fazer algo para os adolescentes¹ por percebê-los em plena juventude² cujas expectativas de vida e futuro são amplas nessa idade, e uma infecção como o HIV/AIDS poderia ser fator impeditivo de mantê-los nessa plenitude, já que, nessa época, os prognósticos sobre o HIV/AIDS eram reservados. Entretanto, com o advento dos antirretrovirais, a performance do HIV/AIDS vem se transformando a cada dia, causando impacto no controle e avanço da doença, assim como na mortalidade, na sobrevida e qualidade de vida dos contaminados (WU *et al.*, 2006; REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; GEOCZE *et al.*, 2010; FELIX; CEOLIM, 2012).

Porém, apesar desses progressos tecnológicos, observam-se carências nos avanços sociais. O preconceito ainda revalida o discurso de pânico social construído na década de 1980. Os fatores estruturais, políticos e econômicos associados aos acessos a programas e insumos de prevenção ainda são incipientes e contribuem para o aumento das infecções. Isso é averiguado por Granjeiro, Castanheira e Nemes (2015) ao afirmarem que um perfil epidemiológico retoma características similares do início da epidemia, quando a doença deu início às suas primeiras vítimas e apresentou uma incidência fortemente concentrada em segmentos sociais específicos.

Mas, naquele momento, preocupada com a situação dos adolescentes, busquei integrar forças com professores das escolas municipais e estaduais, momento em que iniciei a realização de palestras sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/AIDS para adolescentes, com o propósito de despertá-los para o autocuidado à sua saúde. Contudo, com o passar do tempo, percebi que as palestras não lhes chamavam a atenção, além de não se perceberem sujeitos a se infectar pelo HIV. Faziam brincadeiras e piadas com algumas informações e com as camisinhas que fornecia, riam diante de algumas situações vivenciadas e relatadas. Todavia, demonstravam trazer alguns conhecimentos aprendidos em casa, de amigos e de fontes como televisão, mídia, entre outros. Ocorreu, então, o

¹ Adolescente: o Estatuto da Criança e Adolescente define como adolescente a pessoa que se encontra na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990a).

² Jovem: relativo à juventude ou a quem está na juventude. Que existe há pouco tempo. Que ou quem tem pouca idade; que ainda não é adulto. Que está na juventude (HOLANDA, 2010b).

*insight*³ de perceber que o adolescente é cercado de muitos elementos, como tabus, crenças, estereótipos que os constroem e integram o seu viver. No entanto, não bastava apenas abordá-los, era preciso ir além, ou seja, havia necessidade de conhecer seus contextos familiares, sociais e culturais para uma intervenção integrada e abrangente com eles.

Nessa fase atuava em um Programa da Saúde da Família (PSF), hoje reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF), momento em que, concomitantemente, ingressei no Mestrado, buscando aprofundar conhecimentos na área do cuidado ao adolescente. Centrei-me em investigar famílias de adolescentes a fim de desvelar como as mulheres, mães de pré-adolescentes e adolescentes, percebem-se acerca do cuidado de si e de seus familiares com relação à prevenção às IST/HIV/AIDS. Constatei que (re)conhecer o universo do cuidado familiar era uma lacuna a ser preenchida no cuidado aos adolescentes. Este estudo revelou uma riqueza de informações sobre como os adolescentes são cuidados, ensinados e conduzidos no meio familiar, possibilitando conhecer e entender que as crenças, valores e significados compartilhados em família, grupos ou comunidades implicam, consideravelmente, nos seus processos de viver e na forma como cuidam da sua saúde ou doença.

Diante desses achados, busquei reformular minha prática de cuidado à saúde dos adolescentes. As palestras foram substituídas por conversas, encontros e oficinas, atentando para dar voz e interagir com eles, captando seus saberes com relação aos cuidados à saúde, para, então, entrar em cena e fortalecê-los naquilo que demonstravam conhecimento, estimulando, com isso, o entrelaçamento de saberes, elemento que passei a valorizar nas investidas de cuidado à saúde.

Desde então, a adolescência tem sido fonte de investigações em pesquisas, projetos de extensão, os quais foram consolidando aprendizados para o cuidado aos adolescentes. No entanto, julgo ser ainda incipiente, já que, ao aprofundar conhecimentos, cada vez desvela-se algo novo que ainda não tinha pensado e constato que os adolescentes experienciam e vivenciam situações de vulnerabilidades perante as IST/HIV/AIDS, em decorrência da carência de informações, dos ambientes vulneráveis, dos comportamentos e desejos de fazer

³ *Insight*. “compreensão repentina de um problema, ocasionada por uma percepção mental clara e, geralmente, intuitiva dos elementos que levam a sua resolução. Iluminação; revelação ou visão inesperada e repentina de alguma coisa” (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, [201-]), 2015.

descobertas, de explorar e experimentar situações intrínsecas e extrínsecas relacionadas com a transmissão dessas doenças, bem como dos insuficientes programas e leis direcionados às suas demandas de cuidado à saúde.

Perante essas constatações, identifico que cuidar da saúde dos adolescentes suscita desafios aos profissionais de saúde, sobretudo com relação às situações que comprometam a integridade da sua saúde. Ao longo desses anos, venho refletindo sobre como fazer para que os adolescentes se cuidem e previnam-se das IST/HIV/AIDS.

Na busca de encontrar caminhos para responder a essa questão, elegeu-se dois referenciais para subsidiar esta pesquisa: a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1977, 1979, 2011) que se fundamenta na fusão de quatro núcleos inter-relacionados que são o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, elementos que interligados entre si influenciam os ciclos da vida humana; e o referencial das Vulnerabilidades (AYRES, 2003, 2006) por se tratar de uma expressão que vem sendo utilizada no contexto das IST/HIV/AIDS.

As vulnerabilidades estão associadas às possibilidades de exposição das pessoas ao adoecimento. Envolve a articulação de três componentes: o individual, o social e o programático. O individual se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema e à possibilidade de empregá-las para a proteção. O social envolve aspectos que dependem do acesso aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais e fatores políticos. O programático tem relação com as ações de programas destinados à prevenção e ao cuidado, podendo ser políticas regionais, locais e nacionais que devem ser disponibilizadas de modo efetivo e democrático (AYRES *et al.*, 2006).

Embora esses referenciais tratem de temáticas diferentes, entende-se que se complementam uma vez que ambos se referem a processos humanos e dinâmicas de relações entre o indivíduo e o contexto. A teoria Bioecológica possibilita examinar a influência do ambiente e do tempo no desenvolvimento dos seres humanos. O referencial das vulnerabilidades permite identificar as influências das informações, dos contextos sociais e dos programas e políticas que influenciam os processos de saúde doença no decorrer do desenvolvimento humano.

Este estudo se justifica pelo fato de pesquisadores salientarem que a complexidade da fase da adolescência contribui para maior suscetibilidade à infecção do HIV pela necessidade que esse público possui de explorar o novo e

experimentar situações de riscos (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 201; GONÇALVES *et al.*, 2013).

Isso se comprova em levantamento feito entre adolescentes, realizado com mais de 35 mil meninos de 17 a 20 anos de idade, que indicou a prevalência do HIV nessa população, passando de 0,09% para 0,12%, em cinco anos, com tendência a aumentar nos próximos anos, mostrando maior percentual nos grupos de menor escolaridade (BRASIL, 2012a).

Os dados acima referidos vêm se comprovando, já que o número de novas infecções de AIDS no mundo, divulgado em julho de 2016 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), caiu de 2,2 milhões, em 2010, para 2,1 milhões, em 2015. Entretanto, apesar da queda global, o Brasil parece estar caminhando na direção oposta. Em 2010, foram registrados 43 mil novos casos no país e a taxa em 2015 subiu para 44 mil. O Brasil sozinho conta com mais de 40% das novas infecções da enfermidade na América Latina. Os números também subiram com relação à população vivendo com AIDS no Brasil e o perfil das pessoas que mais vivem com a doença no país são os jovens de 15 a 19 anos. O número de casos, nessa faixa etária, aumentou 53% de 2004 a 2013 (BRASIL, 2017).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), em 2015, o Brasil registrou recorde no número de pessoas em tratamento de HIV e AIDS. De 2009 a 2015, o número de pessoas em tratamento no Sistema Único de Saúde aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil pessoas. Isso significa que, em seis anos, o país praticamente dobrou o número de brasileiros que fazem uso de antirretrovirais, comprovando, de fato, o aumento de pessoas infectadas pelo vírus (BRASIL, 2017).

Levando em conta esse conjunto de informações, optou-se por investigar um grupo de adolescentes inseridos em uma Organização Não Governamental (ONG), por já ter desenvolvido projetos de pesquisa e extensão na respectiva entidade, que oportunizou considerá-los adolescentes suscetíveis às IST/HIV/AIDS. Esse motivo instigou-me a conhecê-los melhor no que se refere a acessos aos bens e serviços de saúde, interesse e qualidade das informações que dispõem sobre as IST/HIV/AIDS; disponibilidade de recursos econômicos, educacionais, profissionais e materiais para proteger sua saúde; programas, fatores políticos e ações de saúde em nível local, regional e nacional disponibilizados para atender à saúde desses adolescentes.

Em face ao exposto, concebeu-se a tese de que os elementos que constituem os sistemas bioecológicos, as situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas interligados aos adolescentes interferem na prevenção das IST/HIV/AIDS e demandam cuidado à saúde.

A área de concentração do estudo corresponde ao “Cuidado em Enfermagem e Saúde” na linha de pesquisa “Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente”, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A proposta fundamenta-se nas experiências aqui descritas oriundas do período que atuava na assistência, dos aprofundamentos na dissertação de mestrado e das realizações/participações em projetos de pesquisas e extensão na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), no Centro de Educação do Oeste de Santa Catarina (CEO), onde atualmente atuo como docente do curso de Enfermagem.

É importante dizer que esta investigação está em consonância com a Política de Saúde do Adolescente, com o Programa de Proteção à Saúde do Adolescente, do Ministério de Saúde, e com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que lançam um novo olhar sobre o adolescente, estimulando reflexões sobre novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde para o desenvolvimento saudável deste, para a produção de conhecimentos e desenvolvimento das políticas sociais.

A questão elaborada para nortear esta pesquisa foi: quais são os elementos que constituem os sistemas bioecológicos, as situações de vulnerabilidades e as demandas de cuidado à saúde perante a prevenção das IST/HIV/AIDS na perspectiva de adolescentes?

2 OBJETIVO GERAL

Conhecer os elementos que constituem os sistemas bioecológicos, as situações de vulnerabilidades e as demandas de cuidado à saúde no campo da prevenção das IST/HIV/AIDS na perspectiva de adolescentes.

3 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

Ao buscar fundamentos teóricos para melhor compreender a área da adolescência, identificou-se que é um tema que vem sendo valorizado mundialmente, no contexto das problemáticas levantadas em estudos, nos campos da educação, saúde e das ciências sociais. Do mesmo modo, os temas relativos às IST/HIV/AIDS também têm sido amplamente aprofundados nas pesquisas *in loco* tanto regionais como nacionais ou globais, na perspectiva da construção de uma resposta expansiva à epidemia do HIV/AIDS, com vistas a alcançar respostas efetivas a essa pandemia.

Embora o estudo centre-se no adolescente, é importante deixar claro que nesta pesquisa os dois termos – adolescente e jovem – são usados com o mesmo significado, entendendo-se que estes, apesar de constituírem campos distintos, têm momentos em que se sobrepõem, complementam-se e se traduzem em abordagens semelhantes e comuns.

Com o objetivo de organizar as informações contidas neste capítulo, estruturaram-se as abordagens aqui descritas de acordo com os referenciais e conceitos que sustentam a pesquisa, ordenados de acordo com os temas e subtemas a seguir:

A) Adolescência: concepções sobre o desenvolvimento humano

- Crescimento e desenvolvimento humano;
- Concepções sobre abordagem bioecológica de Urie Bronfenbrenner.

Esses temas e subtemas concentram-se em aprofundar conhecimento sobre as características do desenvolvimento humano no processo de adolecer, incluindo nesse contexto aspectos relacionados à corporeidade e à dimensão bioecológica, com o objetivo de compreender o ser adolescente na sua subjetividade.

B) Concepções sobre as situações de vulnerabilidade na adolescência

- Aspectos sobre as vulnerabilidades: individual, social e programática;
- Recortes sobre as políticas e programas destinados aos adolescentes;
- Contextos atuais sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Os temas e subtemas referidos direcionam-se para fundamentar aspectos sobre as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas; as políticas e programas destinados aos adolescentes e atualidades sobre as IST, levando a

conhecer como esse grupo populacional tem sido pensado e evidenciado nas questões que envolvem as situações de vulnerabilidades à saúde, bem como as propostas de implementação e deliberação dos princípios constitucionais, expostos nas leis que respaldem a preocupação com a saúde dos adolescentes.

C) Concepções sobre cuidado à saúde, na perspectiva das vulnerabilidades

Neste tema são englobados aprofundamentos sobre o cuidado à saúde dos adolescentes no contexto das IST/HIV/AIDS, na perspectiva de alicerçar conhecimentos para a prática de ações de saúde desenvolvidas por profissionais e serviços de saúde aos adolescentes.

3.1 ADOLESCÊNCIA: CONCEPÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO HUMANO

Postula-se que todo ser humano, até chegar à fase adulta, passa pelas fases significativas da concepção, nascimento, infância, puberdade e adolescência, estando envolvidas nesse processo as etapas de crescimento e desenvolvimento em diferentes aspectos. O crescimento físico ocorre por meio do aumento do tamanho do corpo ou de suas partes durante a maturação, provocado pela multiplicação ou aumento das células. Na mesma proporção, ocorre o desenvolvimento que, no seu sentido mais puro, refere-se às mudanças quanto ao nível de funcionamento do indivíduo ao longo do tempo. Esse é um processo contínuo, que começa na concepção e cessa na morte, e está relacionado à idade, mas não depende dela (GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

Durante as duas primeiras décadas de vida, o organismo humano desenvolve a elementar atividade de “crescer” e “desenvolver-se”, fenômenos sincrônicos e regulados à velocidade do processo maturacional e de sua interação com indicadores do ambiente (GUEDES, 2011).

O crescimento e desenvolvimento na fase da adolescência culminam com inúmeras manifestações no organismo humano, que se pode traduzir em diferentes estágios de maturação biológica cujos indicadores mais comumente utilizados para identificar essas transformações incluem a maturação dental, sexual, óssea e morfológica (GUEDES, 2011). Esses fenômenos biológicos se reúnem e acentuam o completo crescimento somático e a maturação hormonal, sendo esse último o responsável por sustentar o potencial de reprodução e de preservação da espécie.

Porém, apesar de os hormônios desempenharem papéis individuais, a interação entre os hormônios gonadais e adrenais com o hormônio de crescimento torna-se essencial para o estirão de crescimento normal e para a maturação sexual na fase da adolescência, assim como são necessários na transformação da criança em adulto (COUTINHO, 2011).

A etiologia da palavra adolescência caracteriza muito bem essas peculiaridades; originária do latim, *ad* significa “para” e *olescere*, “crescer”, ou seja, “crescer para” (BECKER, 2003). Outra derivação no latim, de *adolescere*, *dolescere*, significa adoecer, enfermar (OUTEIRAL, 1994, 2003). Definições que remetem à ideia de desenvolvimento, de preparação do que está para acontecer, na aptidão para crescer fisicamente e psicologicamente, e para adoecer em termos de sofrimento emocional, biológico e mental que operam nesta faixa da vida (CABRAL; DIAZ, 1995).

Os primeiros conceitos que definem a adolescência surgiram e se consolidaram com os avanços da Pedagogia, da Medicina e da Filosofia, a partir da metade do século XVIII (BASMAGE, 2010). Porém, foi particularmente no século XX que a adolescência se tornou um tema de crescente interesse, marcado por grandes avanços teóricos nas ciências em geral, advindos da adoção de modelos sistêmicos para a compreensão de fenômenos do desenvolvimento. Esse período passou a ser visto como um conjunto de fatores inter-relacionados, de ordem individual, histórica e cultural (SENNA; DESSEN, 2012).

A sociedade passou a reconhecer a adolescência como uma etapa especial do desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a idade adulta, como bem define o Dicionário Aurélio, ao descrever que adolescente não é nem adulto e tampouco criança, portanto, ainda não atingiu todo vigor (HOLANDA, 2010a).

Por conta dessas facetas, a adolescência vem sendo fruto da investigação científica, que tem admitido a existência de um reconhecimento mais alargado do significado e das características da adolescência, embora seja possível encontrar sociedades e subculturas nas quais a adolescência ainda não é valorizada como deveria (GRILO, 2013).

Na atualidade, há um consenso nos estudos de que o período da adolescência compreende mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Também se trata de uma fase da vida em que o indivíduo se torna mais independente dos pais e passa a dar mais valorização aos pares, tende a explorar uma variedade de situações

com as quais ainda não sabe lidar, descobre-se sexualmente, vivencia e experimenta de tudo um pouco, e, por vezes, adota comportamentos impulsivos de risco que os torna vulneráveis diante dos contextos da vida (BRÊTAS, 2010; RIBEIRO, 2010; PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010; BRASIL, 2013c; ROMÃO; VITALLE, 2014).

Consolida-se, atualmente, a ideia da adolescência como uma etapa da vida dotada de características próprias, detentora de um estatuto legal e social, e cada vez mais os pesquisadores compreendem-na como um tempo de caos dos valores (GROSSMAN, 2010). É um período de distanciamento de comportamentos e privilégios típicos da infância, maturação psicológica com estruturação da personalidade e busca de identidade e de aquisição de características do adulto (RODRIGUES, 2010).

Desse modo, no contexto científico, é comum encontrar o termo adolescência relacionado ao processo de desenvolvimento biopsicossocial em função de o elemento psicológico ser constantemente determinado, modificado e influenciado pela sociedade. Contudo, apesar das designações das leis e organizações sobre essa fase do ciclo humano, o fim da adolescência não é marcado por mudanças de ordem fisiológica, mas especialmente de ordem sociocultural (MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012).

Isso parece condizer com a realidade atual, tendo em vista que a adolescência na contemporaneidade tem se estendido para além dos limítrofes estabelecidos para essa fase. A sociedade contemporânea tem coibido os jovens de finalizar a sua adolescência, conduzindo um contingente grande de indivíduos a um adolescer eterno, em um usufruto permanente da condição de não responsabilidade, mas sem acesso à autonomia. A propaganda e a imersão na sociedade de consumo conduzem a todos – crianças, jovens e adultos – hipervalorizarem a adolescência, em detrimento da possibilidade de virem a se desenvolver enquanto adultos responsáveis e aptos para uma ação transformadora sobre a realidade (ÁVILA, 2011).

A partir dessas indefinições, emergiram concepções sobre os limites cronológicos da adolescência, os quais têm sido definidos sob diferentes entendimentos, a saber: a Organização Mundial da Saúde descreve-a como correspondendo à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos; faixas etárias também adotadas pelo

Ministério da Saúde cujos limites de interesse de órgão governamental são as idades de 10 a 24 anos. No Brasil, há ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece a adolescência como período que compreende a faixa etária entre os 12 e 18 anos. Tais conceitos provocam desdobramentos, possibilitando estabelecerem-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (BRASIL, 2007a).

Por conveniência, atualmente, tem-se usado agrupar ambas denominações – adolescência e juventude ou adolescentes e jovens – em programas comunitários, englobando estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social, denominado de protagonismo juvenil. O termo adolescência parece estar associado às teorias psicológicas que consideram o indivíduo como ser psíquico, moldado pela realidade que constrói e por sua experiência subjetiva. Ao passo que o termo juventude está relacionado no campo das teorias sociológicas e históricas, no qual a leitura do coletivo prevalece. Essas concepções se intensificam ainda mais com o advento da Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013 (Estatuto da Juventude), a qual vem operando em conjunto ao ECA para a efetivação dos ditames comuns aos adolescentes e jovens (EISENSTEIN, 2005; SILVA; LOPES, 2009; BRASIL, 2013d; FELTES FILHO, 2013).

A fixação das diferentes faixas etárias, de modo geral, vem objetivando a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, contudo ignoram as características individuais. Portanto, é necessário ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (BRASIL, 2007a).

Todavia, ao se tratar dos adolescentes, é interessante referir que sempre é comum atribuir a eles estereótipos e definir a adolescência como uma fase conturbada, repleta de dúvidas e incertezas pela qual todos os adolescentes devem passar (BERTÉ, 2013).

Em geral, são compreendidos como alguém que vivencia e experimenta uma fase de curtição, desejo, felicidade e liberdade. O sexo, o namoro e a amizade tomam significações importantes em suas vidas. Circula, também, a ideia do adolescente como um ser em processo de amadurecimento, pessoas que, pela fragilidade de sua incompletude, podem se envolver com drogas e outros problemas

a qualquer momento (PAIXÃO; ALMEIDA; ROSA-LIMA, 2012). Além dessas, outras situações conferem vulnerabilidades e fragilidades aos adolescentes em relação aos múltiplos contextos sociais e culturais em que estão envolvidos.

Devido a essas características atribuídas aos adolescentes, observa-se que há inúmeros enfoques sob os quais se pode lançar um olhar. Entretanto, constata-se que a grande maioria está vinculada às transformações do corpo, às mudanças fisiológicas, às experiências e às vivências, sob influências dos contextos naturais que resultam das relações com o outro e das relações estabelecidas com o meio em que estão inseridos.

Para melhor entender essas questões, nos subtemas abordados a seguir, busca-se discorrer sobre as concepções de Urie Bronfenbrenner acerca da Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano visando buscar aproximações com o campo dos ambientes ecológicos, concebidos como uma série de estruturas concêntricas que contém no seu interior o indivíduo em desenvolvimento. Nesta linha, busca-se conhecer os níveis em que estão estruturados esses ambientes, a maneira como esses ambientes são percebidos pelas pessoas e as influências dos mesmos na dinâmica do desenvolvimento humano com foco na adolescência.

3.1.1 Concepções sobre abordagem bioecológica de Urie Bronfenbrenner

O desenvolvimento humano na abordagem ecológica foi proposto por Urie Bronfenbrenner na década de 1970, quando formulou a teoria ecológica do desenvolvimento humano, fortemente influenciado pelas teorias de Kurt Lewin, em particular pelas noções de ambiente e de desenvolvimento, assim como as ideias de Jean Piaget sobre o processo de desenvolvimento humano. Desde então, vem sendo utilizada para notabilizar os processos evolutivos e os múltiplos fatores que influenciam o processo do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1996).

O autor define a ecologia do desenvolvimento humano como “[...] o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida” (BRONFENBRENNER, 1989a, p. 191). A ênfase está na interação da pessoa com seus ambientes e na interação dos diferentes ambientes (BRONFENBRENNER, 1996). O ser humano é um ser ativo, capaz de modificar-se

e modificar seu ambiente. Ele interage constantemente com os aspectos da natureza e o ambiente, e, nessa interação, influencia e é influenciado pelo ambiente. Por isso, é compreendida como uma teoria contextualista devido aos processos ocorrerem sempre dentro de contextos através de interações que se dão em múltiplos níveis e sistemas (BRONFENBRENNER, 1989a, 1989b).

Inclui que o desenvolvimento humano na abordagem ecológica é definido como fenômeno de continuidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos; ocorre ao longo da vida em sucessivas gerações e através do tempo (BRONFENBRENNER, 2005).

Em seu modelo original, Bronfenbrenner enfatizava mais o papel do ambiente desenvolvimento humano e menos os processos individuais. Posteriormente, na década de 1990, passou a dar maior destaque para o processo, reformulando o modelo. Em sua nova versão, denominado de modelo bioecológico, lança um olhar para as diferentes formas de como as pessoas interagem e envolvem o processo de relação entre ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento. Outro sistema denominado cronossistema se agrega nesse modelo: é o sistema de tempo, visto como mais um nível do contexto de desenvolvimento, atribuindo a ele não somente à idade cronológica do indivíduo, mas também ao tempo social e histórico (BRONFENBRENNER, 1999; BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Ao privilegiar o tempo, o novo modelo examina a influência para o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida (BRONFENBRENNER, 1989b).

Trata-se de um novo paradigma proposto em 1995, renomeado de Modelo Bioecológico no ano de 1998, quando Bronfenbrenner publicou, junto com Morris, o capítulo "*The ecology of developmental processes*" (A ecologia dos processos desenvolvimentais), na coletânea organizada por Damon e Lerner, intitulada de *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Ao trabalhar a reformulação de sua abordagem, o autor traz considerações sobre a relação bidirecional da pessoa ao ambiente em que ela atua, ou seja, crianças influenciam os ambientes e são influenciadas por eles ao mesmo tempo, sendo que a ênfase dessa interação envolve não somente pessoas em desenvolvimento, mas objetos e símbolos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Esta nova proposta de Bronfenbrenner (1996, 2005), intitulada Modelo Bioecológico-PPCT, centra-se na concepção de que o desenvolvimento humano ocorre através da interação de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo.

- *Pessoa*: é uma entidade em crescimento, dinâmica, que continuamente e progressivamente interage com o meio em que vive e o reestrutura. Essa interação é bidirecional e recíproca. Na pessoa são reconhecidos os fatores biológicos e genéticos no desenvolvimento.

- *Processo*: é considerado o constructo central do paradigma bioecológico. Envolve formas particulares de interação entre organismo e contexto compreendido como *Processos Proximais*, os quais operam em um tempo, são mecanismos primários produtores do desenvolvimento humano e variam em função da pessoa em desenvolvimento. Dito de outra forma, são as formas de interação entre indivíduo e o meio que acontecem ao longo do tempo e compreendem os mecanismos do desenvolvimento humano. Para que este seja efetivo, a interação deve ocorrer sobre bases regulares favoráveis através de períodos estendidos de tempo.

- *Contexto ou ambiente*: o ambiente ecológico é concebido como uma série de estruturas concêntrica, contendo em seu interior um indivíduo em desenvolvimento; envolve um conjunto de sistemas inter-relacionados ou, como descreve o autor, aninhados, em que o maior engole o menor, semelhante às bonecas russas, nomeados de: microssistema, mesossistemas, exossistema, macrossistema, cronossistema.

Os microssistemas são os contextos mais imediatos e de maior proximidade, em que os indivíduos participam diretamente. Fazem parte desses microssistemas a família, a escola, os grupos religiosos e as vizinhanças próximas (BRONFENBRENNER, 1996, 2005).

Os mesossistemas são constituídos de inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente, ou seja, resultam das interações entre os microssistemas. Pode ser compreendido como um sistema de microssistemas. Cada pessoa tem inúmeras possibilidades de relação entre os contextos e são conduzidas por meio das relações e comunicações. (BRONFENBRENNER, 1996, 2005).

O exossistema envolve os contextos que não implicam na participação ativa dos indivíduos, mas podem afetá-lo. As ações do exossistema podem ser decisivas

na vida das pessoas quando estas se encontram em situações difíceis. Fazem parte do exossistema as autarquias, a assistência social, os serviços jurídicos, o local de trabalho, além de outros (BRONFENBRENNER, 1996, 2005).

O macrossistema constitui-se de um sistema alargado, incluem-se nele a cultura, as crenças, os valores, os padrões sociais, as instituições políticas e sociais, os estilos de vida. Trata-se da cultura gerando desenvolvimento. Todos esses elementos têm influência no macrossistema e são influenciados por ele (BRONFENBRENNER, 1996, 2005).

O cronossistema versa sobre os processos de transição pelos quais um indivíduo passa ao longo de sua vida, como entrada na escola, início da vida profissional, casamento, morte, divórcio, entre outros. Incorpora uma dimensão temporal no contexto da vida. Com o tempo, além da configuração dos diversos sistemas, ocorrem mudanças que podem alterar e influenciar suas relações. As ações e reações dos indivíduos são consequências das influências mútuas que determinarão as características de cada um (BRONFENBRENNER, 1996, 2005).

- *Tempo*: tem um papel crucial no desenvolvimento humano. É uma propriedade que marca as continuidades e descontinuidades que ocorrem ao longo da vida; requer que a análise da pessoa em relação aos acontecimentos de sua vida focalize tantos os eventos mais próximos quanto os mais distantes. O tempo possui três esferas: o micro, meso e macrotempo (BAZONI, 2014). O microtempo corresponde ao que está ocorrendo durante uma determinada atividade ou interação; o mesotempo envolve a frequência em que ocorrem as atividades e interações no ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento; o macrotempo refere-se às variações que ocorrem nos processos de desenvolvimento, decorrentes das trajetórias dos eventos históricos singulares quando os indivíduos em desenvolvimento têm diferentes idades (BRONFENBRENNER, 1996, 2005).

Nestes ambientes, o indivíduo em desenvolvimento empenha-se e experiencia atividades, papéis e relações interpessoais, mantendo relação direta com fatores sociais, físicos, emocionais e simbólicos. Essas atividades são as formas de comportamento da pessoa dentro dos microsistemas, que podem ser molares, quando tiver importância máxima ou primordial, ou molecular, quando tiver importância mínima ou insignificante para a pessoa (COPETTI; KREBS, 2004).

Os papéis têm relação com as expectativas da sociedade e devem ir além dessas expectativas, sendo incluídas as expectativas da própria pessoa no que diz

respeito ao que ela espera que os outros esperam dela. A diversidade de papéis se amplia constantemente, tornando-se um fator que facilita as relações interpessoais, influenciando o desenvolvimento do indivíduo, uma vez que pode ser facilitado a partir da interação com outras pessoas que ocupam essa variedade de papéis (BRONFENBRENNER, 1979).

As relações interpessoais são colocadas em uma hierarquia de três níveis. O primeiro indica as relações interpessoais em que os participantes externos não se envolvem ativamente, significa dizer que existe apenas uma interação observacional, denominada de díadas de observação. O segundo nível é quando há reciprocidade, equilíbrio de poder e afetividade, chamado de díada de participação conjunta. O terceiro nível é o mais avançado e ocorre quando a relação continua mesmo quando uma das partes não está presente, chamado de díadas primárias (BRONFENBRENNER, 1979).

Nesse contexto, o adolescente, ser humano como qualquer outro sujeito ativo que possui características individuais, psicológicas e biológicas, torna-se um produto e produtor do seu desenvolvimento, ao receber influências e interagir com o ambiente, composto por uma hierarquia de sistemas micro, meso, exo e macrossistemas. Por sua vez, os referidos sistemas estão todos interligados e neles acontecem atividades, papéis, relações interpessoais, formados pelas famílias envolvidas, vizinhos, amigos, comunidades, escola, serviços de saúde, religiões, bem como outros segmentos sociais e políticos (BRONFENBRENNER, 1999).

A família compõe esse cenário como o principal microsistema do desenvolvimento na adolescência. Em seu interior ocorrem as interações mais diretas e as experiências mais significativas para a pessoa. Ela auxilia o adolescente a compreender conceitos e valores básicos, além do engajamento na realização de tarefas e papéis sociais, cada vez mais diversificados e complexos, e o desenvolvimento de competências sociais. Os processos proximais decorrentes das interações realizadas no cotidiano da vida familiar, durante a adolescência, tornam-se particularmente importantes, sobretudo no engajamento em práticas educativas e nos processos de comunicação, tais como diálogos, negociações, assim como trocas de argumentos e de opiniões (SENNA; DESSEN, 2012).

Contudo, há de se considerar que o microsistema familiar recebe influências de outros contextos e, na medida em que o adolescente passa a participar de outros microsistemas, amplia sua rede de relações interpessoais e

forma novas relações, sendo influenciado por elas, compondo seu mesossistema. Nesses ambientes, recebe outras influências indiretas, advindas de decisões tomadas em contextos sociais, que implicam talvez no trabalho dos pais, na escola, lazer e cultura, constituindo seu exossistema. Da mesma forma, sofre influências das decisões instituídas por leis que regulam o sistema educacional e de saúde que interferem em sua vida e na vida de sua família, que, por sua vez, implicam no seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1979, 1996).

Essas influências são entendidas como bidirecionais, uma vez que envolvem as pessoas e contextos, os sistemas ideológicos de crenças e valores, os sistemas governamentais e políticas públicas, os aspectos étnicos e religiosos, a família de origem e a disponibilidade de recursos – todos influenciam e recebem influências, portanto, ao longo do tempo, devem ser considerados no desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1979, 1996).

Articulando essa proposta com a problemática das IST/HIV/AIDS e com estas as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, apresentadas mais adiante neste capítulo, compreende-se que a vulnerabilidade programática é uma consequência da combinação de situações das vulnerabilidades individuais, já que a relação é bidirecional. As vulnerabilidades programáticas são um reflexo das ações humanas realizadas por pessoas que têm o dever de construção, implementação e avaliação de políticas e programas com sua aplicação prática na realidade cotidiana, bem com a organização dos serviços de saúde. Portanto, é relevante que haja um processo de trabalho baseado na integração complexa de ações individuais e coletivas, corretiva e preventiva, articulada em um sistema de cuidados em níveis progressivos de ações (PEDROSO; MOTTA, 2013).

Agregado a isso, tem-se as vulnerabilidades sociais voltadas aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas, os quais tem relação bidirecional com os demais sistemas. É entendida como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011; AYRES, 2003). Retratam as privações sociais e culturais às quais essas populações estão submetidas. Da concepção bioecológica resultam decisões tomadas no exossistema e refletem o macrossistema, a partir dos quais são identificadas a rede de apoio

social e afetiva ou a sua precariedade, principalmente em situações nas quais o indivíduo necessita de apoio e proteção (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Estar inserido em um contexto de miserabilidade econômica e de privação afetiva influencia as interações e pode vir a ser um fator de risco:

[...] nos sistemas econômicos, culturais e políticos abusivos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos aos quais são negadas as conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte (MINAYO, 1994, p. 8).

A falta de recursos financeiros, somada à carência de redes de atendimento no mesossistema, expõe os adolescentes a comportamentos sexuais de risco (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010a) e, conseqüentemente, um ser vulnerável sob o ponto de vista da saúde. Nesse cenário, é visível como as decisões realizadas no exossistema e a inexistência de um mesossistema capaz de oferecer uma rede de apoio social e comunitária podem interferir no desenvolvimento sexual seguro e protetivo dos adolescentes (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010a).

É interessante pontuar que os aspectos exossistêmicos e macrossistêmicos interferem de modo direto na adesão e no envolvimento dos adolescentes em qualquer atividade. Os programas de controle da fecundidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV precisam ser ofertados e acessíveis nos contextos em que estão inseridos. Os serviços de saúde pública precisam estar presentes e manter programas preventivos que não inibam o adolescente de participar. A escola juntamente com a família são microsistemas que compõem o mesossistema desses adolescentes e, por esse motivo, cabe à escola e à família retomar o cuidado e conduzir o adolescente na identificação de estratégias individuais protetivas para minimizar o risco (FRANÇA JR; AYRES, 2004; CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010b).

Nesta dimensão, equaciona-se a importância de avaliar o quanto o adolescente participa desses serviços ao longo do seu desenvolvimento, uma vez que se constitui um elemento ativo e interage nos diferentes contextos, o grau de participação dos pais/responsáveis pelo adolescente em diversas atividades, na escola, em reuniões ou palestras que são solicitados em diferentes segmentos sociais, entre outros. Em um contexto mais alargado, compreendido por exossistema, o qual engloba as estruturas sociais e mesmo que os adolescentes

não participem diretamente dessas estruturas sofrem influência direta delas. Desse modo, podem interferir: o contexto de trabalho dos pais; os sistemas de distribuição de bens e serviços da comunidade em que estão inseridos; os sistemas de comunicação e transportes; as redes informais de comunicação; os serviços de saúde; a rede de segurança social; comportamentos de saúde; entre outros; equacionar, por exemplo, a repercussão da situação de trabalho dos pais/responsáveis nos efeitos positivos ou negativos sobre o adolescente (BRONFENBRENNER, 1992).

A exemplo disso, pais ou familiares que não estejam com empregos fixos podem demandar que a família não possui garantias, de acordo com o que está previsto em lei, e, por isso, não transmitir a segurança necessária para o adequado desenvolvimento da criança. Condições baixas de recursos financeiros é um fator de vulnerabilidade importante porque expõe os indivíduos a agravos à sua saúde, ao seu psicológico e à sua dignidade. A falta de dinheiro dos pais impõe aos filhos uma condição de existência indigna, colocando-os em situação de vulnerabilidade econômica, a qual provém, muitas vezes, da soma de vários fatores, individuais e sociais, inseridos no macrosistema da criança e geradoras desta situação (PEDROSO, 2009; PEDROSO; MOTTA, 2013).

Famílias sem proteção social direta e efetiva do Estado em quantidade e qualidade para atender às suas necessidades e a exclusão do mercado de trabalho ou a inserção precária expandem as situações de vulnerabilidade e riscos sociais. A família sem proteção sente-se incapacitada de prover as necessidades básicas de seus membros, tendo seus direitos violados, tornando-se, assim, vítimas da injustiça social. Por consequência, os filhos podem ir para a rua, usar substâncias psicoativas, abandonar a escola para ajudar no orçamento familiar, vínculos afetivos e sociais, como também pode haver, em decorrência da angustiante luta pela sobrevivência, a possibilidade de ficarem comprometidos. Ainda pode acontecer a ruptura do laço conjugal pelo fato de não poderem ser cumpridos os papéis socialmente determinados para o pai e a mãe (CRONENBERGER; TEIXEIRA, 2014).

Tais situações levam à vulnerabilização das pessoas, visualizando, assim, os elementos micro e macroestruturais, determinantes da condição de vida das pessoas (AYRES *et al.*, 2006; SOTERO, 2011; BRONFENBRENNER, 1996). Nesta perspectiva, pode-se concluir que o cuidado à saúde dos adolescentes reforça a

necessidade de um exossistema ativo, capaz de propor políticas públicas preventivas e eficazes que contribuam com o seu desenvolvimento saudável (FELICIANO; KOVACS, 2002; CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010a).

A partir dessa contextualização, constata-se que o modelo de Bronfenbrenner auxilia as investigações com adolescentes, sobretudo quando se deseja conhecê-los nos aspectos relacionados a como estão situados em seus contextos socioambientais, como esses contextos influenciam o curso do seu desenvolvimento e, ao mesmo tempo, como os adolescentes influenciam esses contextos direta ou indiretamente. Estes conhecimentos têm oportunizado avanços no sentido de transcender a visão de adolescência como um período de turbulência e instabilidade para edificar uma visão mais positiva do desenvolvimento do adolescente (SENNA; DESSEN, 2012).

O complexo processo de desenvolvimento humano, sob o olhar da teoria de Urie Bronfenbrenner, correlacionado à área de enfermagem, tem a compreensão que alguns pontos devem ser considerados para o cuidado de enfermagem, atentando para os diferentes contextos: o microsistema (família, amigos, escola); o mesossistema (membros de outras famílias e comunidade); o exossistema (assistência social, serviços jurídicos, trabalho e decisões sociais); macrosistema (cultura, padrões sociais, políticas e estilos de vida); cronossistema (transição pelos quais o indivíduo passa ao longo de sua vida), vislumbrando a elaboração de um plano de cuidado que não contemple somente a pessoa, mas todo o contexto que perfaz o processo de cuidado de enfermagem.

Como bem explana Zanatta (2013), os jovens precisam ser compreendidos como seres que vivenciam alterações intensas que os conduzem à afirmação pessoal. Nesta etapa do curso da vida, eles elaboram seus valores, porém, em alguns momentos, sentem-se – e o são – frágeis e vulneráveis, com a possibilidade de apresentar algumas oscilações que ampliam a sua necessidade de apoio, carinho, amor e proteção.

3.2 CONCEPÇÕES SOBRE AS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A) Aspectos sobre as vulnerabilidades individual, social e programática

As peculiaridades da fase da adolescência atribuem certamente uma carga de riscos aos adolescentes, que incorre na possibilidade de caracterizar negativamente esta fase, já que a ela estão atrelados alguns elementos que lhes conferem vulnerabilidades (BRÊTAS *et al.*, 2011; BEZERRA *et al.*, 2011; BRASIL, 2005). As características principais são aquelas especialmente relacionadas às vivências da sexualidade, que aumentam a vulnerabilidade para o HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, assim como gravidez na adolescência e o aborto, que podem comprometer o projeto de vida ou até a própria vida do adolescente (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

Estar vulnerável é expresso por alguns autores como condição inerente ao ser humano. Compreende a complexidade e diversidade destes, especialmente quando se trata de adolescentes (AYRES, 2003; BRÊTAS, 2011). Chamis (2010) corrobora ao descrever que as vulnerabilidades lhes são atribuídas pela dificuldade dos adolescentes em prever riscos devido ao pensamento mágico de que nada lhes acontece.

A vulnerabilidade desta faixa etária coloca o adolescente na circunstância de maior suscetibilidade às mais variadas situações de risco, as quais demandam cuidado amplo e perceptivo por serem assinaladas pelo decurso do crescimento e desenvolvimento, pelas particularidades psicológicas peculiares e pelo contexto social em que estão inseridos (COSTA; MACHADO, 2014). Apesar disso, destacam-se as vulnerabilidades relacionadas ao contexto da sua sexualidade, tendo em vista o termo vulnerabilidade. Este teve suas primeiras aparições na década de 1980, sob a ótica de risco em estudos sobre o HIV e AIDS (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

Para melhor compreender essas questões, é interessante apresentar algumas fundamentações sobre o significado difundido amplamente em nível mundial por meio da:

[...] publicação do Livro AIDS no Mundo, coletânea editada em 1992, nos Estados Unidos por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, produzido pela Coalizão Global de políticas contra a AIDS, embrião da UNAIDS (Programa das Nações Unidas para AIDS) (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p. 11).

A partir da mencionada publicação, a expressão vulnerabilidade passou a se expandir no meio científico, trazendo reflexões sobre as questões da culpabilização do indivíduo, considerado o único responsável até então por seus atos na contaminação da AIDS para uma compreensão dos fatores sociais, econômicos, culturais, políticos e éticos existentes por trás dos comportamentos de risco, dando origem à discussão da vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Com esse entendimento, Brêtas (2010) refere que o conceito de vulnerabilidade passou a apresentar-se como um convite para renovar as práticas de saúde. Estas, inovadas com a compreensão de que as pessoas podem se tornar vulneráveis e, portanto, com chance de adoecer, uma vez que, no âmbito individual, social ou programático, haja menor disponibilidade para se protegerem (AYRES *et al.*, 2006).

Por vulnerabilidade individual, concebe-se que o indivíduo é um ser de relação, ou seja, parte-se do princípio de que toda pessoa pode experimentar uma doença ou proteger-se dela, o que envolve aspectos que vão desde a sua condição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. Nesse caso, privilegia-se apreender os inúmeros aspectos que estão envolvidos, incluindo aspectos biológicos e também a vulnerabilidade na totalidade constituída pela dinâmica psicossocial expressa no grau e qualidade da informação que a pessoa dispõe, como elabora e no poder que possui para incorporá-la no seu cotidiano (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

A dimensão social da vulnerabilidade compõe as características a partir do que é socialmente construído, envolve relações de poder, normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar sua condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde (BENEDETTO; SILVEIRA, 2013).

No âmbito da vulnerabilidade social, toma-se como ponto de partida a aquisição de informações, a capacidade e possibilidade de metabolizá-las e o poder de incluí-las nas mudanças práticas do cotidiano, o que não depende somente dos indivíduos, mas do acesso e disponibilidade aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, possibilidades de enfrentar barreiras culturais (RIBEIRO, 2011).

Com relação às vulnerabilidades programáticas, infere-se a inclusão de amplos esforços despendidos das políticas e programas públicos em nível intersetorial de mediar promoções e proteções à população do adoecimento. Nessa dimensão, são avaliados e valorizados a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com os princípios do Sistema Único de Saúde (FRANÇA JR; AYRES, 2004; AYRES *et al.*, 2006; BRÊTAS, 2010; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Frente ao exposto, é necessário pensar que cada um dos componentes ou tipo de vulnerabilidade pode ser adotado como parâmetro para interpretação de vários agravos à saúde. Assim, pode ampliar a atuação em saúde, bem como gerar reflexões e ações de políticas de saúde com base nas necessidades da coletividade (BRÊTAS, 2010).

Cumprir mencionar, ainda, que buscar compreender as dimensões das vulnerabilidades requer assumir que as interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às circunstâncias de gênese e agravo, mas determinam o curso da doença, como também seu desfecho. Além disso, deve-se buscar superar a externalidade das ações preventivas na análise do processo saúde-doença, incluindo o conjunto de saberes, serviços e tecnologias que estão atuando na realidade estudada. O agente-biológico, físico ou químico só é percebido como tal perante as especificidades das características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros, as quais dependem do ambiente cultural, sociopolítico e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem, incluindo aí os direitos humanos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

A percepção de risco torna-se uma espécie de fenômeno social, opondo-se ao conceito de fatalidade e de destino, passando a deflagrar um sentido de imprevisibilidade de futuro. Sob essa visão moderna, vulnerabilidade e risco não são a mesma coisa. Risco corresponde a uma noção probabilística que alerta para a possibilidade de ocorrência de um perigo e demanda uma ação. A vulnerabilidade, por sua vez, está associada à existência do risco e à incapacidade ou inabilidade de um sujeito ou população de se adaptar ao perigo. Está relacionada ao ser humano e, por isso, deve estar relacionada a fenômenos que atingem diretamente a vida humana (JORGE, 2013).

Tais definições têm sido utilizadas em diversas áreas da saúde, sobretudo no trabalho de prevenção às IST/AIDS, em específico na faixa etária da adolescência, sintetizando a ideia de que é preciso reconhecer as diversidades dos seres humanos, especialmente as diversidades próprias das adolescências.

Em atual estudo sobre as vulnerabilidades de adolescentes perante o HIV/AIDS, as individuais compuseram o elemento mais frequente, correspondendo ao conhecimento insuficiente sobre HIV/AIDS, ambivalência sobre o conhecimento e a adoção de práticas protetoras e comportamentos sexuais vulneráveis. No entanto, dada a complexidade da prevenção do HIV, há de se considerar a interface entre as demais dimensões da vulnerabilidade (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011). Concebe-se, dessa forma, que não se pode focar a adolescência de forma única, mas nas diversas adolescências existentes em diferentes contextos sociais (SALDANHA *et al.*, 2008).

Desse modo, reitera-se aprofundar estudos na problemática dos adolescentes em específico, nas questões que envolvem suas vulnerabilidades às IST e ao HIV/AIDS, nos planos individual, social e programático, que articulados entre si moldam as vulnerabilidades a que estão expostos, tendo em vista os aspectos contextuais que os envolvem. Diante disso, os aprofundamentos da temática a seguir se fazem necessários.

B) Recortes sobre as políticas e programas destinados aos adolescentes

Crianças e adolescentes têm ocupado lugar de destaque no mundo todo, principalmente por terem seus direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, assim como na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução n. 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 20 de novembro de 1989, e promulgada pelo Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990 (BRASIL, 2010a).

Esses acordos internacionais foram reafirmados pelo Brasil na Constituição Federal (1988), a qual regulamentou as prioridades a crianças e adolescentes nos seus direitos de cidadãos e assegurou, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei n. 8.069/1990, mudanças significativas na infância e adolescência no Brasil (BRASIL, 1990a).

Para subsidiar as ações relacionadas a crianças e adolescentes foi instituído pela Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Esse Conselho é a instância máxima de formulação, deliberação e controle das políticas públicas para a infância e a adolescência na esfera federal, que elabora as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos artigos 87 e 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse Conselho constitui-se de forma paritária entre membros do governo e membros da sociedade civil organizada. Em dezembro de 1992, ele passa a ser efetivado (BRASIL, 1991).

Com o advento desse conselho e, sobretudo, do ECA, crianças e adolescentes passaram a ser motivo de preocupação social, levando à criação em todo o país dos Conselhos Tutelares, encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, nas hipóteses em que haja desrespeito, inclusive com relação a seus pais e responsáveis, objetivando dar garantias a uma infância e uma adolescência dignas (BRASIL, 1990a, 1991).

Em tese, o ECA prevê tratamento diferenciado a toda criança e adolescente, os quais deverão ter direito de proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, ou seja, nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência (descuido, desleixo, menosprezo), discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1990a).

Para dar conta dessas demandas, redes de proteção estruturaram-se de forma coordenada por meio de inúmeras ações governamentais baseadas em princípios universais incentivadas e regulamentadas através de políticas de assistência social, de educação e de saúde para garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da saúde da criança e do adolescente. Na área da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), como integrante e protagonista dessa rede, atendendo ao ECA, busca promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Tarefa que exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, atenção humanizada e trabalho em redes (BRASIL, 2010a).

Com a implantação do Programa da Saúde da Família, hoje descrito como Estratégia Saúde da Família e instituído em 1994, os mencionados propósitos foram trazidos em sua essência, ou seja, o programa foi implantado em todo o Brasil com a concepção ampliada do processo saúde-doença, operando na ótica da promoção e prevenção a fim de reafirmar os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade, participação da comunidade, com enfoque nas ações multiprofissionais e interdisciplinares. Estas ações são fundamentais para a construção de conhecimento sobre os grupos prioritários, especialmente no caso das crianças e adolescentes, por serem eles pessoas especiais que merecem atenção especializada e diferenciada daquela utilizada para adultos, haja vista suas diferenças (BRASIL, 2000).

Diante disso, um conjunto de ações básicas de saúde, com base nos princípios da integralidade e universalidade, definidos no âmbito da saúde pública a partir dos anos 1980, passou a ser priorizado para crianças e adolescentes. Contudo, essa atenção se voltava também para grupos de risco, em sua intercessão com critérios seletivos definidores de pobreza e indigência, preservando seu objetivo maior que é assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável (MENDONÇA, 2002).

Para as crianças foram lançados programas de atenção integral à criança e à mulher em sua fase reprodutiva. Para os adolescentes, foi definido o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pela Portaria do Ministério da Saúde n. 980/GM, de 21 de dezembro de 1989, dirigido a todos os jovens entre 10 e 19 anos, caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo. O PROSAD caracteriza-se por um conjunto de ações desenvolvidas por centros de referência, com ênfase nas práticas educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde (RAPOSO, 2009); visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. As ações básicas reunidas no PROSAD são direcionadas para: sexualidade; saúde mental; saúde reprodutiva; saúde do escolar adolescente; prevenção de acidentes; violência e maus-tratos pela família e instituições (SILVA, 2005b), sendo estimuladas parcerias com instituições de assistência e com a comunidade.

Ainda na mesma década de 1990, o Ministério da Saúde (MS), conjuntamente com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), o Departamento de

Assistência e Promoção à Saúde (DAPS), a Coordenação Materno-Infantil (COMIN) e o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD), elaborou as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, que, por meio de diretrizes gerais, regulamentam o atendimento de adolescentes, englobando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, os distúrbios da puberdade e o desenvolvimento psicológico destes (BRASIL, 1993).

Posteriormente foi lançada a segunda edição do PROSAD, datada em 1996, em que foram especificados os procedimentos a serem realizados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos serviços de saúde, e o PROSAD passou a ser considerado o eixo central do atendimento ao adolescente (BRASIL, 1996).

Para cumprir esses procedimentos, os serviços de saúde deveriam ter um sistema de captação da população adolescente, fichas ou prontuários para o acompanhamento e conteúdo padronizado de atividades relacionadas ao adolescente. Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) estende o programa para indivíduos até 24 anos, considerando então a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, com o anseio de redimensionar as ações na área da prevenção até o ano de 2009 (SANTOS, 2011).

No cenário externo, nesta mesma década, a ONU realizava uma série de conferências temáticas mundiais, nas quais o conteúdo e os mecanismos de garantia dos direitos de adolescentes e jovens eram discutidos, avaliados e reinterpretados, com vistas às novas demandas e realidades sociais. Nesses fóruns, além da reafirmação de direitos reconhecidos, fixavam-se metas, estratégias e firmavam-se compromissos importantes para o desenvolvimento da comunidade internacional. Os adolescentes e os jovens passariam a receber atenção especial como agentes e vítimas dos maiores problemas que afetam a sociedade contemporânea (BRASIL, 2010b).

Em 2004, inicia-se um processo de mobilização da sociedade de uma política para atender às necessidades de saúde dos adolescentes e jovens. Em 2005, é instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, lançada com o propósito de fortalecer a integralidade das ações de saúde aos adolescentes e jovens; prioriza ações voltadas à estruturação e ao aprimoramento da rede de saúde, organizando os serviços de atenção à saúde de adolescentes e jovens nos estados e municípios, objetivando garantir o acesso de

adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, reabilitação, com o compromisso de primar pelos princípios organizativos e operacionais do SUS (BRASIL, 2005).

Essa política sustenta-se na Constituição Brasileira e no ECA e traz avanços no que tange à assistência à saúde dos adolescentes e jovens. A mesma conduz a diversas ações, serviços e programas do setor Saúde – nas esferas federal, estadual e municipal; elege como um de seus princípios os direitos humanos, fortalecendo que crianças e adolescentes devem ser reconhecidos como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado; complementa que a saúde nas faixas etárias das crianças e adolescentes está diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, em especial no fortalecimento dos seus vínculos familiares e comunitários, de ações de educação em saúde e prevenção de agravos. Configura-se uma mudança de paradigma em que se estabelecem obrigações diferenciadas para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral, que denominam a Doutrina da Proteção Integral (BRASIL, 2005). Ela rompe com a constituição de um programa específico para a atenção à saúde dos adolescentes, inserindo os adolescentes e jovens nas ações de rotina dos serviços de saúde (SILVA, 2013).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, assim como o ECA, traz no interior de suas regulamentações uma relação direta com a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual prevê a integração de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, regidos pelos princípios da universalidade, integralidade e igualdade (BRASIL, 1990b). O ECA, no Artigo 11, assegura atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012b).

Observa-se que a partir dessa política ocorre uma articulação dos segmentos sociais para integralizar ações de promoção, prevenção, atendimento aos agravos e doenças, e reabilitação à saúde dos adolescentes e jovens, levando à necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares

visando uma proteção social universal e integral, articulada por sistemas públicos de assistência social, educação e saúde pública.

Vale informar que a integralidade é compreendida como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se caracteriza como condição fundamental para a assistência de adolescentes e jovens por orientar a organização dos serviços em seus múltiplos níveis de complexidade, ampliando a visão sobre os determinantes biopsicossociais relacionados às necessidades de saúde desta faixa etária (BRASIL, 2005).

A integralidade, como um paradigma no cuidado/promoção do ser humano, não se limita à atenção da saúde como fenômeno biomédico – antônimo de doença – ou como estrutura burocrática dos serviços, mas como algo que possibilita uma visão social de saúde, contribuindo com a compreensão de que o homem é, normalmente, mais um produto das suas ligações com o seu meio ambiente do que meramente um produto de seus dotes genéticos. Assim, a saúde de um indivíduo pode ser instaurada não só por sua condição biológica, mas pelas circunstâncias existenciais em que ele está inserido (VIEIRA; ROSENBURG, 2010).

Os Ministérios da Saúde e Educação já vinham, desde 1995, reunindo esforços na busca de fortalecer o princípio da integralidade, desenvolvendo ações conjuntas. Estas iniciaram com a proposta de que os temas saúde sexual e saúde reprodutiva fossem trabalhados nas escolas efetivadas com o Projeto Escolas. Esse projeto visava, entre outras finalidades, contribuir com a redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população jovem. Em agosto de 2003 foi lançado oficialmente o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas por iniciativa do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde por intermédio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em parceria com UNESCO, UNICEF e UNFPA (UNAIDS, 2011a). Dois anos depois, o projeto é reformulado, e os ministros da Saúde e da Educação, assim como os representantes da UNESCO e do UNICEF no Brasil, participaram do evento para consolidação da política de prevenção das DST/AIDS nas escolas, e da apresentação do plano de ações para 2006, tendo como pano de fundo a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2006a).

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) surge como produto da experiência e da reflexão de diferentes atores sociais. O SPE se traduz em um marco na integração entre as áreas da educação e saúde, privilegiando o espaço

escolar para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde. Além dos sistemas de saúde e educação, o projeto vislumbra articular também as diversas instâncias cujas ações repercutem na formação dos jovens, entre elas: órgãos responsáveis pela cultura e ação social, universidades e entidades da sociedade civil organizada (BRASIL, 2006a).

O SPE foi instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, em 2007, traduzindo-se em uma política intersetorial conduzida, no âmbito federal, pelos Ministérios da Educação e Saúde na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas Estratégias Saúde da Família (BRASIL, 2011a). A partir de 2008, o projeto foi institucionalizado em âmbito federal com o lançamento, pelos dois Ministérios, e incorporado ao Programa Saúde na Escola como parte do componente de Promoção da Saúde (UNAIDS, 2011a).

No cenário da saúde, as equipes de Saúde da Família (ESF) também contribuíam com esse contexto e periodicamente passaram a avaliar as condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens, inseridos nas escolas de acordo com seus territórios adscritos e, diante das necessidades de saúde identificadas, as ESFs – em conjunto com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros equipamentos existentes na comunidade – buscavam e buscavam organizar planos terapêuticos integrais e integrados para a resolução das necessidades e dos problemas detectados (BRASIL, 2009).

Vieira e Rosenberg (2010b, p. 129) declaram que “[...] uma das instituições sociais que conseguiu propor e implantar novos paradigmas epistemológicos e culturais, como cuidado/promoção do ser humano, foi a Saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Por meio da ESF, desde sua implantação, o SUS vem buscando atender ao princípio da integralidade, articulando diferentes cenários sociais e rompendo com a idealização ultrapassada de promover a saúde apenas em instituições próprias da saúde (QUEIROZ *et al.*, 2011).

Por conta dessas leis e princípios, na área da saúde, adolescentes e jovens passam a ter prioridade absoluta nas ações e serviços, indicando que suas necessidades para o desenvolvimento sadio e harmonioso devem ser atendidas de modo integral como prioridade absoluta. Entretanto, a recomendação de “prioridade

absoluta” descrita no Estatuto da Criança e do Adolescente e os avanços recomendados pelo SUS ainda não atingiram efetivamente esse segmento populacional. Adolescentes e jovens não têm sido contemplados na íntegra em suas necessidades de saúde, assim como os serviços de saúde têm encontrado dificuldades para atendimento às demandas específicas colocadas por esse grupo etário (RAPOSO, 2009, p. 122).

A literatura tem apontado que os programas e políticas direcionados aos adolescentes e jovens têm enfrentado dificuldades para integrar ações e serviços de saúde e garantir a cobertura adequada para a população de adolescentes e jovens. Estudos concebem que as ações nesse sentido têm sido paliativas e precarizadas, constituindo-se um desafio, uma vez que demandam o reordenamento das práticas profissionais, da organização do processo de trabalho e das políticas, de modo que as necessidades de saúde sejam pensadas e atendidas em sua totalidade (BRASIL, 2006b; MATTOS, 2006; SCHUTZ; MIOTO, 2010).

Estudos indicam também as ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e demais órgãos afins não têm desenvolvido as estratégias de ações na sua totalidade devido a inúmeros fatores, como: estrutura física e humana; capacitação profissional; escolaridade do público-alvo; aspectos culturais; ações fragmentadas do poder público, não abrangendo a interdisciplinaridade (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais, professores, entre outros), já que na prática há ainda dificuldades em desenvolver ações em conjunto nas mais diversas áreas no Brasil (SILVA, 2012a).

Reforçam, ainda, a existência de lacunas no que concerne a ações de integralidade voltadas ao adolescente na prática assistencial na ESF e apontam que enfermeiros e equipe de saúde não estão preparados para atuar com os adolescentes; trazem a concepção de que há necessidade de capacitação permanente dos profissionais, no sentido de ampliar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que levem em conta as particularidades e necessidades exclusivas dos adolescentes, propiciando melhor qualidade de vida e cidadania a essa população (HIGARASHI *et al.*, 2011a; FONSECA; OZELLA, 2010; HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Essas conclusões são também contempladas na visão de Costa, Queiroz e Zeitoune (2012), ao afirmarem que de fato há carências na organização dos serviços no cuidado a essa população e assinalam que há desafios a serem assumidos por

enfermeiros, profissionais de saúde e gestores para fortificar a atenção à saúde dos adolescentes nas Unidades Básicas fundamentados no princípio da integralidade, entre eles a exigência de uma capacitação profissional para expansão de ações e qualificações desses profissionais para o desenvolvimento efetivo de cuidado integral aos adolescentes.

No entanto, há de se frisar que a efetivação das ações destinadas aos adolescentes não se limita à existência de um ou mais programas voltados aos mesmos. A implementação e operacionalização das ações, assim como suas eficácias, dependem de forma significativa do preparo e capacitação dos profissionais de saúde para que estes saibam conduzir as questões que envolvem os adolescentes, reconhecendo suas necessidades específicas e as formas adequadas de abordá-las (HIGARASHI *et al.*, 2011b).

Pela ótica dos adolescentes, protagonistas dessas questões, estudos mostram que a busca dos mesmos pelos serviços de saúde ainda é movida pela doença e seus fatores associados, fato que acentua o modelo médico assistencialista, o qual atua como dificuldade à consolidação da proposição da atenção integral pela ESF. Os adolescentes não reconhecem a ESF como um espaço de outras atividades que não sejam as consultas, solicitação de exames e entrega de medicamentos. Também referem não conhecer os profissionais da Equipe Saúde da Família, fato que comprova a falta de políticas públicas para que isso ocorra. Portanto, existe a necessidade de organização do processo de trabalho das Equipes Saúde da Família, no sentido de capturar esta clientela, estimular e fortalecer o vínculo entre equipe e os referidos usuários (VIEIRA *et al.*, 2011). Relatam, ainda, que para corresponder às concepções de sua saúde e cuidado é essencial que os profissionais de saúde não demonstrem somente o aprimoramento técnico-científico, mas que tenham atitude humana e sensibilidade ao trabalhar com os usuários do sistema (MARQUES *et al.*, 2012).

Com relação às políticas e programas destinados às IST/HIV/Aids, obteve-se as seguintes informações, ao visitar o *site* do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde: em 1977 e 1978 surgem os primeiros casos nos EUA, Haiti e África Central, descobertos e definidos como Aids; em 1982, é classificada a nova síndrome, coincidindo com a descoberta do primeiro caso no Brasil, na cidade de São Paulo, nesse mesmo ano. A partir daí surge, em 1985, a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), primeira ONG do Brasil

e da América Latina na luta contra a AIDS. Nos dois anos seguintes, é criado o Programa Nacional de DST e AIDS e inicia-se a Assembleia Mundial de Saúde, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), que decidem transformar o dia 1º de dezembro em Dia Mundial de Luta contra a AIDS visando reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2014b).

Na década de 1990, os Programas de AIDS e de DST se uniram transformando o Centro de Referência e Treinamento (CRT) em IST para CRT IST/AIDS, que promove importante expansão, descentralização e consolidação das ações voltadas à prevenção, o qual apropria-se dos mecanismos necessários para a construção de políticas públicas articuladas com os princípios do SUS, buscando a integralidade, equidade e universalização da atenção à saúde. Com isso, mais tarde, surge a criação de dois núcleos: atenção básica e população e o núcleo de populações mais vulneráveis e de articulação institucional. O primeiro com o propósito de integrar as ações de prevenção das IST/AIDS à rede de serviços à saúde, e o segundo com a finalidade de consolidar e aperfeiçoar as políticas de prevenção às pessoas com vulnerabilidade aumentada para o HIV. Em paralelo, nos anos 1990, também foi criado um Ambulatório de IST e implantado um Centro de Testagem e Aconselhamento (GIANNA *et al.*, 2012).

Nesta mesma década, começa no Brasil o processo de aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais, sendo instituída a Política Nacional de IST/AIDS, a qual se consolida por meio do Programa Nacional de IST/AIDS, que passa a integrar três componentes: Promoção, Proteção e Prevenção; Diagnóstico, Assistência, Desenvolvimento Institucional e Gestão, articulados entre si, objetivando responder à epidemia do HIV/Aids no país (BRASIL, 1999).

É válido dizer que o primeiro país em desenvolvimento a incorporar uma política pública de acesso a tratamento antirretroviral foi o Brasil, uma vez que, desde 1980, o país tem implementado campanhas educativas e de prevenção (BRASIL, 2010c).

Essas campanhas, juntamente com acesso universal à terapia antirretroviral (TARV), têm contribuído, ao longo dos anos, para uma significativa redução das taxas de morbidade e mortalidade por AIDS. Os jovens convivem, atualmente, com uma doença que tem tratamento específico, sem ter experimentado a alta letalidade que marcou o início da epidemia. Por outro lado, com o aumento da sobrevivência, a

qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS adquiriu relevância crescente (BRASIL, 2014d).

É possível afirmar que a implantação do Programa Nacional de IST/AIDS no Brasil trouxe também, além dos acessos ao tratamento gratuito e universal aos medicamentos antirretrovirais, facilidades aos meios diagnósticos e aos meios de prevenção do HIV, apesar de ocorrerem algumas dificuldades relacionadas com desigualdades regionais, no nível das secretarias de estado e/ou municípios quando se trata da implementação das diretrizes das políticas de controle do HIV/AIDS. No entanto, atendendo aos seus objetivos, o de impedir a transmissão do HIV e promover a saúde das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, o programa busca, mesmo assim, efetivá-los contando com uma rede descentralizada de prestação de serviços inserida no SUS, com ações executadas nos municípios e estados (BARACAT, 2013).

A referida autora destaca, ainda, que as desigualdades identificadas têm relação com as diferenças estruturais dos serviços, decorrentes da insuficiência de pessoal e/ou falta de equipes capacitadas para o atendimento, divergências de conhecimento e envolvimento dos gestores locais de saúde quanto aos programas desenvolvidos, ocasionando descontinuação de ações e projetos específicos, bem como de problemas no recebimento dos incentivos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde (BARACAT, 2013).

Mesmo assim, constatam-se, desde o surgimento da AIDS até os dias atuais, avanços na epidemia do HIV/AIDS que merecem serem destacados, como: adoção de um consenso ético; distribuição e acesso universal aos medicamentos; criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; instrumentos legais de proteção aos direitos dos afetados; melhor controle da transmissão por transfusão de sangue (VIDAL *et al.*, 2009; VILLARINHO *et al.*, 2013).

Inclui-se nisso o diagnóstico de fácil acesso, como o teste rápido, produzido por laboratórios públicos nacionais, que é oferecido nas unidades básicas de saúde e demais serviços na área, o qual tem facilitado e agilizado as condutas de saúde. Entre 2005 e 2011, o número de testes de HIV distribuídos e pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dobrou: passou de 3,3 milhões para 6,3 milhões de unidades. O teste rápido de AIDS tem sido o maior investimento do Ministério da Saúde para o

acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, na atenção básica de saúde. A cobertura de testagem anti-HIV em gestantes (2010/2011) foi de 84%, e a meta do governo para 2015 é oferecer o teste para 100% das gestantes. De 2002 a 2011, o Brasil reduziu em 25% a incidência de AIDS em menores de 5 anos (BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, um dos principais avanços atribui-se à redução da incidência da AIDS em crianças. O relatório “Eliminação da transmissão do HIV de mãe para filho e sífilis congênita nas Américas” fez um balanço dos avanços realizados em países da região para erradicar esses tipos de transmissão das mães para as crianças. Usando dados da OPAS, do UNICEF e do UNAIDS, o relatório estima que 10.700 bebês tenham nascido com o vírus do HIV na América Latina e no Caribe em 2001. Em 2013, o número ficou 78% menor, em 2.300, representando 5% de todos os bebês nascidos de mães vivendo com HIV na região. Das 11 milhões de mulheres que deram à luz na América Latina e Caribe em 2013, 87% fizeram pelo menos quatro visitas de pré-natal, referência mínima para um tratamento considerado adequado. A estimativa é que 74% tiveram acesso a testes e aconselhamento – mais que os 62% em 2010 – e que 93% das mães soropositivas receberam o tratamento antirretroviral, um significativo aumento em relação aos 59% que receberam tratamento em 2010 e apenas 2% abaixo da meta para 2015 (UNAIDS, 2015a).

Cabe incluir que, por meio da Política e Programa Nacional de IST/AIDS, foram utilizadas múltiplas estratégias, como os meios de comunicação e impressos lançados pelo Ministério da Saúde que contribuíram significativamente no repasse das informações a respeito da prevenção do HIV/AIDS. Além disso, ocorreram informações sobre compartilhamento de seringas e agulhas, no caso de usuários de drogas injetáveis, assim como a distribuição gratuita de preservativos masculinos e femininos, a Quimioprofilaxia Pós-Exposição aplicada para acidentes ocupacionais com presença de materiais biológicos e também nos casos de violência sexual (SANTOS *et al.*, 2012).

Os mesmos autores enfatizam que a 18^a Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em Viena, em junho de 2009, discute a novidade de maior repercussão – o gel vaginal microbicida à base de tenofovir (substância antiviral) – cuja pesquisa publicada na revista científica *Science* apontou a redução em 39% quanto às infecções pelo vírus HIV em mulheres, quando aplicado 12 (doze) horas antes e 12 (doze) horas depois da relação sexual (SANTOS *et al.*, 2012).

Com a frase “O que é aspiração para muitos países é uma conquista para a sociedade brasileira”, Nereu Henrique Mansano, integrante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) na 18ª Conferência Internacional de Aids, traduziu sua percepção a respeito da posição brasileira sobre o acesso universal e o direito à saúde. Para ele, o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) é um patrimônio que o Brasil precisa lutar para manter sua sustentabilidade (BRASIL, 2010c).

Na conferência seguinte, a 20ª Conferência Internacional de AIDS, em 2014, Michel Sidibé, diretor executivo do Programa Conjunto das ONU sobre HIV/AIDS(UNAIDS), aspirava que os líderes mundiais atuem para oferecer tratamento e educação sobre saúde reprodutiva universal e acabem com a AIDS até 2030. Ele acrescenta que esta pode ser a maior vitória deste século. Destacou também o posicionamento contra o vírus HIV na agenda de desenvolvimento pós-2015, em que a ênfase está na liderança política renovada junto com uma sociedade civil mobilizada trabalhando para garantir que, dentro de uma geração, a AIDS já não represente um risco significativo para uma população ou país (BRASIL, 2014f).

A descoberta de uma cura para o HIV foi um dos principais temas discutidos na conferência. Um caminho que parecia conduzir a cura do HIV estava atrelado a um bebê nascido em 2010 nos Estados Unidos, conhecido anonimamente como “o bebê de Mississippi”. Ela nasceu com HIV, filha de uma mãe com HIV que não tinha recebido cuidado pré-natal, e recebeu uma forte dose de antirretrovirais imediatamente após o nascimento, continuando por 18 meses o tratamento em regime diário. Após esse período, o vírus parecia ter sido eliminado com essa terapia intensa e precoce. A menina continuou sendo testada nos anos seguintes, sem que os médicos encontrassem sinais do vírus ativo em seu organismo. Assim, o coquetel foi interrompido e a garota considerada livre do HIV. Porém, posteriormente, o vírus reapareceu e continuou a se replicar após a interrupção da terapia. A menina teve que voltar ao tratamento, que deverá ser mantido por toda a vida. Esse caso levou a crer que encontrar uma cura para o HIV – ou uma maneira de colocar o vírus em remissão em longo prazo – continua sendo tarefa difícil (NAM AIDSMAP, 2014).

Nessa linha da prevenção, na Rede de Pesquisas de Vacinas Anti-HIV (HIV *Vaccine Trials Network* – HVTN), a qual compõe uma parceria internacional, sediada em Seattle (EUA) e que reúne mais de 25 unidades de pesquisa em quatro continentes, os cientistas estudam todas as fases da pesquisa clínica de vacinas

anti-HIV: da avaliação da segurança e imunogenicidade, capacidade de estimular respostas imunológicas e avaliação de produtos candidatos a vacinas até o teste da eficácia de cada um desses produtos. Nesse contexto, o Brasil participa de maneira efetiva por meio de sítios de pesquisa em vacinas anti-HIV instalados em universidades e serviços de saúde, que integram os principais ensaios clínicos em andamento, elaborados e financiados pelo HVTN, para testes com novas vacinas candidatas de prevenção ao HIV (BRASIL, 2014g).

Com relação aos rastreamentos, o recente Plano Nacional de AIDS 2010-2014 está contemplando como principal ação a realização de rastreamento nacional do HIV em todas as pessoas de 15 a 80 anos para diagnóstico e tratamento precoce do HIV (TAQUETTE, 2013).

Apesar das inúmeras tentativas na área da cura e prevenção, as mesmas ainda não foram bem-sucedidas, nota-se, fundamentalmente, a sobrevida excepcionalmente melhorada das pessoas vivendo com esta síndrome, após a adoção terapêutica dos antirretrovirais, e outras medidas que contribuíram consideravelmente para a diminuição do número de internações, redução na mortalidade por AIDS e melhora na qualidade de vida das pessoas, colocando a AIDS sob a condição de cronicidade (VIDAL *et al.*, 2009; BRASIL, 2012c).

Essa cronicidade aconteceu em decorrência não somente pela inserção dos antirretrovirais, mas também, conforme Costa (2013), pela descoberta do “coquetel” instituído em 1996, que, apesar de não possibilitar a cura, promoveu um aumento significativo da sobrevida das pessoas com HIV, medido principalmente pela diminuição da taxa de mortalidade.

Na específica área dos adolescentes, é imprescindível que estes adquiram conhecimentos sólidos sobre infecções sexualmente transmissíveis e o HIV/AIDS, intensificando, assim, a capacidade de fazer escolhas mais saudáveis para adotarem comportamentos seguros. Mesmo diante dos problemas encontrados no âmbito dos serviços de saúde e educação, é importante que os profissionais sejam conhecedores das adversidades descritas acima e priorizem-se atividades educativas voltadas para a prevenção de IST/AIDS de maneira contínua com os adolescentes, utilizando-se de abordagens diferenciadas, participativas e inclusivas capazes de agregar o conhecimento científico e popular, gerando maior relação entre o saber e as práticas, além de maior apropriação crítica da realidade (SILVA, 2013).

Respostas plenas ainda não foram encontradas para o controle e eliminação efetiva do HIV/AIDS, no entanto, entre compassos e descompassos, é possível lançar perspectivas otimistas para o futuro da epidemia, considerando que muito em breve outros avanços trarão mudanças significativas, não só para os portadores do HIV, mas para toda a população mundial (SANTOS *et al.*, 2012).

Após este breve resgate e reflexão crítica sobre as políticas públicas e práticas relativas à saúde dos adolescentes, considera-se que ainda há muito que discutir, produzir e transformar sobre as problemáticas que os envolvem, sobretudo na busca de estratégias mais apropriadas que os protejam, preservem-nos e até ampliem seus direitos nos processos de saúde/doença, educação, dentre outros.

Constata-se que as políticas públicas, planos e estatutos têm norteado ações interssetoriais e intrassetoriais à saúde integral dos adolescentes, com destaque para as áreas da saúde e educação. Mostra-se de forma visível que as ações, projetos e reflexões críticas à situação vigente expressam os acordos mundiais, os compromissos do Estado, da sociedade e dos segmentos públicos e privados em incluir os adolescentes e jovens nas políticas sociais e de saúde.

No entanto, observa-se que essas ações ainda não repercutiram na tão desejada saúde integral dos adolescentes, retratando as possíveis fragilidades, suscetibilidades e vulnerabilidades desse grupo populacional, diante de situações que possam comprometer sua saúde, principalmente no que se refere às vulnerabilidades relacionadas às IST/HIV/AIDS, visto que as doenças demandam ações abrangentes quanto ao cuidado, tais como promoção, prevenção e proteção, requerendo ampla atitude de distintos segmentos sociais para evitá-las.

Nesse contexto, insere-se a necessidade de aprofundar outros conhecimentos que remetem à reflexão sobre as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente sobre seus aspectos atuais.

C) Contextos atuais sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), na contemporaneidade, têm sido consideradas um dos grandes problemas da saúde pública devido à sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e complicações, embora sejam passíveis de prevenção (BASTOS *et al.*, 2012). Em ambos os sexos, tornam o organismo mais

vulnerável a outras doenças, inclusive a AIDS, além de terem relação com a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2014a).

Nos últimos anos, os conceitos em IST têm avançado. A OMS, em 2001, preconizou a substituição do termo IST por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) com o propósito de enfatizar as infecções assintomáticas, que englobam mais de 20 agentes infecciosos suscetíveis de transmissão durante as relações sexuais (RODRIGUES, 2010).

A ideia de que as IST contagiavam apenas mulheres e homens promíscuos não se aplica mais. Hoje em dia, os portadores de IST são pessoas de vida cotidiana normal e que não têm obrigatoriamente múltiplos parceiros sexuais (GONÇALVES *et al.*, 2009). Acometem pessoas de todas as etnias e classes sociais (BÓRNEA; GONÇALVES, 2014).

São transmitidas pelo contato sexual desprotegido com um indivíduo infectado, transfusão de sangue infectado, compartilhamento de agulhas e seringas por usuários de drogas, transmissão vertical durante a gravidez ou o parto. As principais IST são: uretrites, cancro mole, hepatites virais B e C, linfogranuloma venéreo e donovanose, herpes genital, verruga genital causada pelo papilomavírus humano (HPV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), gonorreia e sífilis (BRASIL, 2010e). Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas adquirem uma doença sexualmente transmissível (IST) a cada dia. Estima-se que existam 499 milhões de novos casos de IST curáveis por ano, como gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase. Aproximadamente, 536 milhões de pessoas vivem com herpes simples incurável – vírus do tipo 2 (HSV-2) – e 291 milhões de mulheres têm algum papilomavírus humano (HPV) em algum momento da sua vida. O fardo das IST é maior em países de baixa renda (WHO, 2014a).

Os quadros clínicos, em função da prevalência de certos agentes patogénicos, têm evoluído devido ao predomínio de infecções assintomáticas e da resistência aos antibióticos, ocasionando conseqüente aumento das complicações. As principais manifestações clínicas são: leucorreia, prurido, dispareunia, lesões genitais ou anogenitais (úlceras, verrugas), sintomas urinários, dor pélvica aguda ou crónica. As complicações incluem: esterilidade, gravidez ectópica, abortamentos de repetição, complicações e mortalidade perinatal, cancros genitais e outras. Apresentam custos financeiros, sociais, sexuais e psicológicos, constituindo um

problema prioritário de saúde pública, já que todas as IST são evitáveis e preveníveis (RODRIGUES, 2010).

As consequências das IST têm causado um profundo impacto sobre a saúde sexual reprodutiva e fetal no mundo todo. A sífilis na gravidez leva a 305 mil óbitos fetais e neonatais, deixando 215 mil crianças em maior risco de morrer prematuridade, baixo peso ao nascer ou doença congênita a cada ano. O câncer cervical causado pelo HPV provoca um número estimado de 530 mil casos de câncer do colo do útero e 275 mil são as mortes que ocorrem por esse mesmo mal. A cada ano é significativa a infertilidade causada por gonorreia e clamídia. Na África Subsaariana, a infecção genital não tratada pode ser a causa de até 85% de infertilidade entre as mulheres que procuram tratamentos. Além disso, o fato de ter uma IST, como sífilis ou infecção HSV-2 (Vírus Herpes Simples), aumenta em três vezes ou mais as chances de adquirir infecção por HIV (WHO, 2014a).

No Brasil, a cada ano, as infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa são: sífilis, com 937 mil casos; gonorreia, com 1.541.800; clamídia, com 1.967.200; herpes genital, com 640.900; e HPV, com 685.400 (BRASIL, 2014a).

Os problemas causados pelas IST são inúmeros e podem aumentar em até 18 vezes as chances de contrair o vírus da AIDS. Algumas são de fácil tratamento e rápida resolução, já outras têm tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora. Quando não tratadas, podem levar a consequências trágicas. A exemplo disso, o HPV pode originar um câncer de pênis no homem e câncer de colo de útero na mulher. A sífilis pode originar consequências neurológicas graves, assim como promover o aparecimento de lesões genitais (BECKER, 2012).

Diante desse panorama, os serviços de saúde vêm ampliando o rastreamento das IST na atualidade, com vistas e diagnosticá-las precocemente para que o tratamento imediato favoreça a redução dos problemas causados por elas, entre eles a possibilidade de adquirir o vírus HIV. A partir de 1986, a notificação de casos de AIDS e sífilis é obrigatória a médicos e responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde. Com as mesmas orientações, o registro de HIV em gestantes e recém-nascidos tornou-se obrigatório desde 2000 (BRASIL, 2014a).

A sífilis emerge na contemporaneidade com força total. É uma doença infecciosa que pode ser transmitida durante a relação sexual sem camisinha com alguém infectado, transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê; traz consigo sintomas como pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas que, sem tratamento adequado, pode levar à cegueira, paralisia, danos ao cérebro e inclusive à morte (BRASIL, 2011b).

A sífilis é prevenível, causada pelo *Treponema Pallidum*, uma espiroqueta de transmissão vertical ou sexual, que pode produzir as formas: adquirida ou congênita. Os agravos relativos à Sífilis Adquirida e Síndrome do Corrimento Uretral iniciaram suas notificações em 2011, a partir da Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. A medida mais efetiva de controle da doença consiste em oferecer uma assistência adequada (BRASIL, 2013e).

Entre os agravos causados pela sífilis, há destaque para os casos de ocorrência na gestação, visto que a mulher grávida infectada pela sífilis pode transmitir a infecção ao feto, causando sífilis congênita, com consequências graves para a gravidez. Entre 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente (BRASIL, 2012d).

No período de 1998 a junho de 2009, foram notificados mais de 55 mil casos em menores de um ano de idade. Em 2004, foram notificados 5.201 casos em todo o país, subindo para 5.506 em 2008. A região Norte se sobressai com o maior risco, 2,4 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011c). No ano de 2012, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 5,8 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 3,9 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014h). O aumento da proporção de casos de sífilis congênita deixa claro que a doença continua sendo um grande problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2011c).

No caso da sífilis em gestante, o diagnóstico e o tratamento precoce e adequado são fundamentais para prevenir a sífilis congênita. Esta pode ser uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro para evitar uma nova infecção da mulher (BRASIL, 2014d).

As implicações se traduzem no fato de que, se não tratada na gravidez, a sífilis pode causar aborto, além de cegueira, surdez, deficiência mental e

malformações no feto. Sua incidência é quatro vezes maior que a da infecção pelo HIV em parturientes, sendo considerada infectada toda gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis, com teste positivo ou não. Entretanto, se tratada, é possível eliminar a sífilis congênita e reduzir o agravo para até 0,5 caso por mil nascidos vivos. Contudo, no caso de suspeita do bebê estar com sífilis congênita, ele precisa fazer uma série de exames e ser tratado imediatamente antes de receber alta hospitalar (BRASIL, 2014i).

Embora o diagnóstico e o tratamento sejam de fácil acesso e de baixo custo, quanto à sífilis congênita, apesar das amplas medidas preventivas já implantadas, sua prevalência a nível mundial segue elevada. Deve-se considerar também o aspecto relacionado à associação da sífilis com a infecção pelo vírus HIV cuja incidência também segue elevada e o tratamento concomitante dos parceiros sexuais, que muitas vezes não é feito de forma adequada, mantém a cadeia de transmissão (SONDA *et al.*, 2013).

A maioria dos países tem linhas gerais de orientação para controle universal de sífilis pré-natal; as consultas pré-natais são geralmente de níveis altos; os testes de detecção geralmente podem ser realizados a nível de cuidados primários de saúde; o tratamento com penicilina tem custo baixo; e o medicamento está na lista dos medicamentos essenciais de todos os países. Todavia, apesar de todos estes fatores, a sífilis congênita ainda causa um grande fardo de doença (WHO, 2008).

Esse conjunto de ações relativamente simples de intervenções pode reduzir a incidência da sífilis congênita. Contudo, enquanto a sífilis for prevalente entre adultos, o potencial de transmissão congênita continuará alto. Assim, a eliminação sustentável da sífilis congênita exige esforços coordenados para reduzir simultaneamente as taxas de sífilis infecciosa (WHO, 2008).

A gonorreia e a clamídia também vêm sendo importantes agentes entre as IST. São causadas por bactérias que podem atingir os órgãos genitais masculinos e femininos. A clamídia provocada pela *Chlamydia trachomatis* (CT), bactéria não gonocócica, muito comum entre os adolescentes e adultos jovens, pode causar graves problemas à saúde (BELDA JUNIOR; SHIRATSU; PINTO, 2009). É uma bactéria obrigatoriamente intracelular, transmitida pelo contato sexual – risco de 20% por ato (BÓRNEA; GONÇALVES, 2014).

A gonorreia é uma enfermidade infectocontagiosa, pandêmica, inter-humana, produzida por bactéria gonocócica – *Neisseria gonorrhoeae* (NG) –, de

transmissão sexual, eventualmente pode ocorrer contaminação indireta. Geralmente causa infecção de uretra ou colo uterino, que pode propagar-se para glândulas e órgãos vizinhos, sendo excepcionalmente a infecção local primitiva extragenital, produzindo quadros de conjuntivite, oftalmia, faringites e anoretite (BELDA JUNIOR; SHIRATSU; PINTO, 2009), se não tratadas, podem causar infertilidade (dificuldade para ter filhos), dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas, entre outros danos à saúde. A gonorreia pode ser transmitida também de mãe para filho durante o parto ou quando este ainda está dentro do útero. Em bebês, a gonorreia costuma se manifestar principalmente nos olhos (BRASIL, 2015a).

Os sintomas clínicos da gonorreia diferem entre os sexos, sendo sintomática nos homens, com ardência miccional e corrimento uretral amarelado predominantes, facilitando o diagnóstico clínico. Entretanto, nas mulheres infectadas, cerca de 70% permanecem assintomáticas ou apresentam corrimento fisiológico ou mascarado por outras IST, como tricomoníase e candidíase, além de causas diversas, que dificultam o diagnóstico (BÓRNEA; GONÇALVES, 2014).

A gonorreia pode ocasionar o aborto espontâneo, prematuridade, perda de peso, inflamações da mucosa uterina, da próstata, do canal que armazena os espermatozoides produzidos pelos testículos – o epidídimo –, inflamação do bacinete – cavidade renal que recebe a urina direcionada depois para a bexiga –, a qual pode se estender ao parênquima renal, meningite, inflamação do miocárdio, infecção no globo ocular, pneumonia, entre outras complicações. Os sintomas primários aparecem depois de dois a quatro dias, em raros os casos pode levar de dez a trinta dias (SANTANA, 2015).

A clamídia, por sua vez, pode ocasionar uretrite, conjuntivite, por inclusão, no recém-nascido, tracoma e o linfogranuloma venéreo, que se não tratado tem evolução possível para quadro de doença inflamatória pélvica (BÓRNEA; GONÇALVES, 2014).

Nos EUA e no mundo todo, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das mais prevalentes IST bacterianas, e as mulheres com infecção por *Chlamydia trachomatis* estão com maior risco de contrair o HIV porque a *Chlamydia* em mulheres assintomáticas, mediada por indução de citocinas, pode contribuir para o aumento da transmissão do HIV (SPERLING *et al.*, 2013).

Conforme afirmam Andrade *et al.* (2014), a infecção genital por *Chlamydia trachomatis* em mulheres é frequente e com consequências graves quando não

diagnosticada e tratada. Ressaltam que o rastreio desta infecção deve fazer parte de um programa de saúde pública, sob pena de condenar milhares de mulheres aos seus efeitos sobre o sistema reprodutivo e gestações.

A prevalência em mulheres mais jovens que não usam preservativos é mais elevada para CT, sendo conveniente a realização de triagem para doenças sexualmente transmissíveis rotineiramente, assim como devem ser promovidas, para essa população, práticas sexuais seguras (SILVA *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada com dados cedidos pelo Centro de Estudos e Pesquisas Médicas de Curitiba (CEPEME-CERHFAC), envolvendo mulheres sexualmente ativas entre 16 e 23 anos, útero intacto, não gestantes, com até quatro parceiros sexuais, sem evidência de cervicite purulenta ou febre, as quais foram submetidas a exame pélvico e avaliadas pelo método PCR em amostra de urina para clamídia e gonorreia, a clamídia teve prevalência de 10,7%, sete vezes maior que a prevalência de infecção por NG, de 1,5%. Três mulheres apresentavam ambas as condições, sendo a taxa de coinfeção de 0,9%. As participantes com idade igual ou inferior a 20 anos apresentaram positividade para CT duas vezes maior que o grupo com mais idade; porém, a diferença não chegou a ser significativa ($p=0,06$). Não houve diferença na proporção de mulheres com positividade para NG quando avaliada a variável idade. Também não houve diferença na prevalência de infecção por CT ou NG entre as mulheres que iniciaram a atividade sexual com idade igual ou menor que 15 anos ou com mais de 15 anos completos (PIAZZETTA *et al.*, 2011).

Outro estudo de base populacional realizado em cinco macrorregiões do Brasil no ano de 2009, para determinar a prevalência de clamídia em mulheres grávidas, identificou uma taxa de prevalência de 9,8%. Devido à associação entre *Chlamydia*, infecção e doença inflamatória pélvica, trompa de Falópio danos e cicatrizes, infertilidade, gravidez ectópica, bem como conjuntivite e pneumonia em bebês recém-nascidos, os esforços para reduzir esta infecção entre adolescentes e adultos jovens podem produzir um efeito importante sobre a morbidade decorrente da presente doença. O estudo sugere que os testes de diagnóstico para esta infecção devem ser incluídos em programas de rastreio para mulheres grávidas. Como a maioria dos casos são assintomáticos, uma triagem nos programas de saúde direcionados à mulher grávida é um dos meios importantes para identificar

infecção não diagnosticada e proporcionar um tratamento precoce a estas mulheres e seus parceiros sexuais (PINTO *et al.*, 2011).

Noeggerath observou a correlação entre as doenças sexualmente transmissíveis e infertilidade, constatando que as complicações causadas pela infecção do trato genital superior feminino, devido à *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*, afetam a fertilidade humana. Estes microrganismos estavam relacionados à obstrução dos epidídimos ou ductos deferentes no homem e, conseqüentemente, à infertilidade (NOEGGERATH, 1951).

Seus achados se comprovam na atualidade. Recente estudo transversal no Brasil analisou 340 mulheres com idade entre 20 e 47 anos, histórico de infertilidade, submetidas às técnicas de reprodução assistida; foram investigadas infecções por CT e NG, indicando que infertilidade tubária tem associação com a clamídia e a gonorreia não tratada (FERNANDES *et al.*, 2014).

É comum na infecção por CT e NG, em mulheres, a ocorrência da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que advém da ascensão dos microrganismos da endocérvice ao trato genital superior, endométrio, tubas e estruturas contíguas (HERZOG *et al.*, 2012). A DIP ocasionada por inflamação cervical ascendente pode levar a abscesso ovariano, infertilidade, dor pélvica crônica e gravidez ectópica. A gravidade dessas complicações pode possibilitar a transmissão perinatal da bactéria – resultando em conjuntivite e/ou pneumonia no recém-nascido (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Em homens, a contaminação sexual por clamídia e a gonorreia também são comuns. Está bem estabelecido que homens com quadros de uretrites não gonocócicas possuem esta patologia causada pela *Chlamydia trachomatis*, adquirida de forma sexual. Coinfecção de clamídia e gonococo é variável entre em homens que relatam ter relação heterossexual. Entretanto, muitos homens infectados pela clamídia são assintomáticos. Totalmente o contrário dos casos de uretrite por gonococo (PASSOS, 1984).

No Estado do Amazonas, foram investigados 276 homens infectados pelo HIV, 33 foram infectados com a infecção por CT e a prevalência foi de 12%. Não foram observados sintomas uretrais em qualquer dos homens infectados pelo HIV. A idade média dos participantes foi de 34,6 anos, sendo que 36,6% encontravam-se com 29 anos de idade com baixa escolaridade. Um total de 63,8% relatou uso de álcool e 23,9% abuso de drogas ilícitas (JALKH *et al.*, 2014).

Na área da adolescência, em estudo realizado com adolescentes com idade média de 16 anos, não brancos (91%), casados ou viviam com um parceiro (80%), com mais de 9 anos de escolaridade (44%), pertencentes de famílias cujos ganhos foram de um salário mínimo ou menos (49%), a prevalência de infecção cervical por *Chlamydia trachomatis* foi considerável (31%), não havendo diferenças significativas na idade da primeira relação sexual e uso de preservativo entre CT e adolescentes infectados e não infectados (MACHADO *et al.*, 2012).

Adolescentes sexualmente ativos estão entre as populações que têm as taxas mais elevadas já registradas de gonorreia. Na Filadélfia, são relatados os maiores índices de casos de clamídia e gonorreia. Em escolares entre 2002-2012, o Programa de Triagem STD (*Philadelphia High School*) realizou 150.473 testes de triagem para clamídia e gonorreia em 103.625 alunos. Constatou-se que 7.641 testes, entre 8.087 estudantes, foram positivos. Destes, 97% receberam tratamento e 1.850 alunos foram reavaliados dentro de três meses; 209 de 239 que apresentaram reinfeção foram retratados e encaminhados para aconselhamento e testagem de HIV (CDC, 2012a).

No Brasil, há poucos estudos atualizados a respeito da prevalência dessas doenças. Durante 2004 e 2005 foi realizado estudo de corte seccional com 1.762 pessoas, correspondendo a 1.007 mulheres e 755 homens, divididas em grupos de baixo risco, 598 gestantes e 600 homens trabalhadores de indústrias, e de maior vulnerabilidade, 409 mulheres e 155 homens em clínica de IST. A taxa de prevalência em mulheres é significativamente maior do que nos homens e as maiores prevalências correspondem às adolescentes; entre os principais fatores associados à infecção, estão o aumento no número de parceiros e ter parceiro com corrimento uretral (BENZAKEN *et al.*, 2008; BENZAKEN *et al.*, 2010).

Em 2008, outro estudo investigou prevalência de infecção por clamídia e pelo gonococo em gestantes, atendidas entre 2004 e 2005 nos serviços de pré-natal da atenção básica de seis cidades brasileiras – Manaus, Fortaleza, Goiânia, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre – e a prevalência foi de 9,4 e 1,5%. O risco de apresentar uma dessas infecções foi duas vezes maior para as gestantes com menos de 20(vinte) anos (JALIL *et al.*, 2008).

Em 2009, a prevalência da infecção clamidiana novamente apresentou maior prevalência entre mulheres, abaixo dos 25 (vinte e cinco) anos, que trocaram de parceiro ou com múltiplos parceiros, não usuárias de métodos contraceptivos de

barreira, que interromperam voluntariamente uma gestação ou que possuíam antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Investigações têm assegurado que o diagnóstico clínico da infecção por CT e por NG tem baixa sensibilidade, sobretudo no que diz respeito à CT em mulheres infectadas ser assintomática (JALIL *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2008; BENZAKEN *et al.*, 2010).

Portanto, a questão chave a ser pensada é que a infecção clamidiana pela ausência de sintomas mostra-se de alta transmissibilidade, mantendo a cadeia epidemiológica em crescimento exponencial, sendo responsável por uma alta prevalência da infecção, em qualquer faixa etária, especialmente entre jovens de baixo e alto nível socioeconômico. O grande problema no controle da infecção tem sido o diagnóstico, mas se bem diagnosticada, pode ser facilmente tratada. A busca ativa desta infecção é primordial em populações de risco (gestantes, adolescentes, pessoas com outras IST), se quisermos interromper a cadeia de transmissão (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Torna-se relevante que a clamídia e gonorreia sejam efetivamente rastreadas em pessoas com outras IST, principalmente em mulheres, especialmente gestantes, adolescentes, parceiros, devendo ser implantada a busca ativa na rotina de todos os serviços de saúde para prevenir tais doenças e, principalmente, evitar os seus agravos.

Em outro contexto, as hepatites B e C também se destacam no universo das IST. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que existam mais de 300 milhões de portadores do vírus da hepatite B e C no mundo (BRASIL, 2014j). Estima-se que, no Brasil, 800 mil pessoas já tiveram, em algum momento de sua vida, infecção pelo vírus tipo B e 1,5 milhão pelo tipo C (BRASIL, 2013f).

Os dados referentes às capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF) mostram que a prevalência da doença é 10 (dez) vezes maior nas faixas etárias mais elevadas – 0,6% entre pessoas de 20(vinte) a 69(sessenta e nove) anos e de 0,06% entre jovens de 10(dez) a 19(dezenove) anos, refletindo que a principal forma de transmissão desse tipo da doença se dá por meio de relação sexual. A baixa frequência de casos entre crianças e adolescentes decorre da vacinação contra a hepatite B, disponível no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014k).

O vírus da hepatite B é transmitido através de contato com o sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada, podendo ser transmitida de uma

mãe infectada para o bebê no nascimento ou de um membro da família para as crianças (KOH, 2014).

Quando pela primeira vez infectado, uma pessoa pode desenvolver infecção “aguda”, que pode variar em gravidade, de uma ligeira doença com poucos ou nenhum sintoma para uma condição grave que exija hospitalização. Algumas pessoas são capazes de combater a infecção e eliminar o vírus. Para outros, a infecção permanece e leva ao longo da vida a doença crônica (CDC, 2010a).

Milhões de pessoas que atualmente vivem com hepatite B crônica foram infectadas na infância ou no início da infância. Estas infecções ocorreram antes que a vacina estivesse disponível e amplamente utilizada. É uma doença silenciosa e muitas pessoas convivem com o vírus por décadas sem sintomas. Até dois terços dos americanos vivem com hepatite B crônica e não sabem que estão infectados (KOH, 2014).

Segundo critérios da OMS, a frequência de casos encontrados (chamada endemicidade) das hepatites B e C é considerada baixa no Brasil, havendo mudanças no padrão de ocorrência dessas doenças com redução das infecções dos tipos A, B e C entre 1999 e 2010 no Brasil (BRASIL, 2014k). Tais mudanças decorrem possivelmente de inúmeras ações, dentre elas a vacinação para crianças; ampliação da vacinação contra hepatite B para jovens de até 29 anos; a expansão da faixa etária da cobertura de vacinação contra a hepatite B, para 49 anos; incorporação simultânea dos medicamentos Tenofovir, Adefovir e Entecavir; revisão dos protocolos terapêuticos das hepatites B e C; instituição do Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais, marcado em 28 de julho; implementação de testes rápidos para as hepatites B e C na rede pública; inclusão do Boceprevir e Telaprevir para o tratamento da hepatite C, drogas que fazem parte da mais moderna classe de medicamentos para combater a doença no mundo, com taxa de eficácia de até 80% (BRASIL, 2013f).

Incluem-se nessas medidas a ampliação do diagnóstico e a prevenção da transmissão vertical das hepatites B e C no Projeto Rede Cegonha. Mais de 26 mil pessoas estão em tratamento pelo SUS e cerca de seis mil já utilizam a terapia tripla (uso dos primeiros antivirais no mercado, com acesso amplo a estes medicamentos) (BRASIL, 2014j).

As hepatites virais são consideradas um problema global de saúde por serem uma infecção que ataca o fígado e pode causar tanto a doença aguda quanto

a crônica. Mais de 240 milhões de pessoas têm infecções crônicas (em longo prazo) e mais de 780 mil pessoas morrem todos os anos devido às consequências da hepatite B. É considerada também um risco ocupacional importante para os trabalhadores de saúde. Pode ser prevenida com a vacina segura e eficaz disponível nos serviços de saúde desde 1982, sendo esta eficaz em 95% na prevenção da infecção e as suas consequências crônicas (WHO, 2014b).

Salienta-se que o vírus da hepatite B (HBV), assim como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), é transmitido através do contato sexual e uso de drogas injetáveis. Devido a estes modos comuns de transmissão, uma elevada proporção de adultos em risco de infecção pelo HIV também está em risco de infecção por HBV. Pessoas HIV-positivas infectadas com o vírus da hepatite B (HBV) têm risco aumentado para o desenvolvimento de infecção crônica por HBV e devem ser investigadas e testadas. Além disso, as pessoas coinfetadas com HIV e VHB podem ter sérias complicações médicas, incluindo um aumento do risco de morbidade e mortalidade relacionada com o fígado. Para prevenir a infecção pelo HBV em pessoas infectadas pelo HIV, o Comitê Consultivo em Práticas de Imunizações recomenda a vacinação universal Hepatite B de pacientes suscetíveis com HIV/AIDS (CDC, 2014).

No contexto mundial, a prevalência de hepatite B é mais elevada na África Subsaariana e na Ásia Oriental. A maioria das pessoas nessas regiões infectadas com o vírus da hepatite B durante a infância e entre 5-10% da população adulta é cronicamente infectada. As altas taxas de infecções crônicas também são encontradas na Amazônia e nas regiões meridionais da Europa Central e Oriental. No Oriente Médio e no subcontinente indiano, uma estimativa de 2-5% da população em geral está cronicamente infectada. Menos de 1% da população na Europa Ocidental e América do Norte está cronicamente infectada (WHO, 2014a).

O *Centers Disease Control* estima que entre os adultos que procuram tratamento em clínicas de IST, 10% a 40% possuem evidência de terem sido infectados no passado ou no momento pelo vírus da hepatite B (HBV). Muitas destas infecções poderiam ter sido evitadas através da vacinação universal durante a prestação de serviços de prevenção ou tratamento de IST. Um estudo dos adultos diagnosticados com hepatite B aguda constatou que 39% haviam procurado assistência para tratar uma IST antes de serem infectados pelo VHB, indicando uma importante oportunidade perdida para vacinar pessoas em risco nas unidades

básicas de saúde em atividades de prevenção ou tratamento de uma IST (CDC, 2014).

A hepatite C (HCV) é descrita como um vírus de transmissão sanguínea transmitida por meio do contato direto com o sangue de uma pessoa infectada (CDC, 2014).

Trata-se de infecção aguda que pode se tornar crônica. Habitualmente, é assintomática e por isso raramente identificada. No entanto, o reconhecimento da infecção aguda constitui uma oportunidade única no tratamento destes doentes, diminuindo a taxa de evolução para cronicidade (FERNANDES *et al.*, 2013).

Quando a infecção pelo HCV persiste por mais de seis meses, fato comum em 80% dos casos, caracteriza-se a evolução para a forma crônica. Cerca de 20% dos infectados cronicamente pelo HCV podem evoluir para cirrose hepática e cerca de 1% a 5% para câncer de fígado (BRASIL, 2015b).

Entre as causas de transmissão, estão: transfusão de sangue; compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos, entre outros); higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha, objetos que furam ou cortam, ou instrumentos para confecção de tatuagem e colocação de *piercings*); da mãe infectada para o filho durante a gravidez (considerada forma rara de transmissão); e por via sexual com pessoa infectada (sexo sem camisinha). A transmissão sexual do HCV entre parceiros heterossexuais é pouco frequente, especialmente em casais monogâmicos. Sendo assim, a hepatite C não é uma Doença Sexualmente Transmissível; porém, entre homens que fazem sexo com homens e na presença da infecção pelo HIV, a via sexual deve ser considerada para a transmissão do HCV (BRASIL, 2015b).

Embora não seja comum, ao ser transmitido através da atividade sexual, os fatores associados à transmissão são: sexo com múltiplos parceiros, presença de outras doenças sexualmente transmissíveis ou sexo com trauma. Estudos de caso-controle têm relatado uma associação entre a aquisição de infecção pelo HCV e exposição a um contato sexual com a infecção por HCV ou exposição a múltiplos parceiros sexuais. Dados de vigilância indicam que 15% a 20% das pessoas notificadas com infecção aguda pelo VHC apresentam uma história de exposição sexual na ausência de outros fatores de risco (CDC, 2014).

A coinfeção do HIV com a HCV é comum (50% a 90%) entre os infectados pelo HIV usuários de drogas injetáveis nos Estados Unidos. Cerca de um quarto das

peças infectadas pelo HIV contrai o vírus da hepatite C (HCV), sendo a HCV uma das mais importantes causas de doença hepática crônica nesse país. O VHC danifica rapidamente o fígado de pessoas infectadas pelo HIV e a infecção pelo HCV pode comprometer o curso e tratamento da infecção por HIV. O Serviço de Saúde Pública e Infectious Diseases Society of America, nos EUA, recomendam que todas as pessoas infectadas pelo HIV sejam rastreadas e investigadas para a infecção do HCV (CDC, 2014).

Uma meta-análise verificou que pacientes coinfetados (HIV/HCV) tiveram três vezes mais risco de progredir para cirrose, hepatocarcinoma celular (HCC) ou doença hepática descompensada do que pessoas monoinfetadas pelo HCV (CURRY, 2013).

Os dados dos Agravos de Notificação Sistema Nacional de Vigilância de CDC (NNDSS) indicam um aumento acentuado no número de casos de hepatite C aguda em 2011 e 2012 (CDC, 2012b).

Atualmente, a estimativa é que até 3% da população mundial pode ter tido infecção por esse vírus, correspondendo a 185 milhões de pessoas. A prevalência do vírus na população brasileira é em torno de 1,4% a 1,7%, principalmente entre os maiores de 45 anos (BRASIL, 2014). A Sociedade Brasileira de Hepatologia contabiliza 2 a 3 milhões de pacientes infectados, os quais a maioria desconhece esse diagnóstico, e declara que sem sintomas específicos a hepatite C evolui de forma arrastada durante décadas. Além do desenvolvimento de cirrose, apresenta acentuada morbimortalidade em razão das suas descompensações e eventual evolução para o carcinoma hepatocelular, constituindo a causa mais frequente de indicação de transplante hepático em todo mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2014).

As características por região mostram que entre 1999 e 2011, no Brasil, o total de casos registrados na região Sudeste foram 55.222 e 18.307, no Sul. No conjunto, essas duas regiões concentram 90% dos casos confirmados no país. As taxas de incidência mais elevadas também se concentram nessas regiões. Enquanto o país registrou incidência de 5,4 casos confirmados para hepatite C, em 2010, a região Sudeste apresentou 8,1 e a Sul, 9,4. As duas principais vias de transmissão da hepatite C são uso de drogas e transfusão de sangue. Em 2011, o uso de drogas como provável fonte/mecanismo de infecção foi registrado em 28,9% dos casos e a transmissão por transfusão em 25,2% (BRASIL, 2014m).

A maior prevalência da infecção pelo VHC evidenciou, em estudo realizado no Rio Grande do Sul, no período de 2010 a 2011, que o sexo masculino é mais acometido que o feminino, e o uso de drogas destacou-se como um dos principais fatores de risco, associado à infecção pelo HIV em pacientes coinfectados, bem como à baixa escolaridade (SANTOS, 2013).

Em outro extremo do país, no estado de Sergipe, entre os anos de 2007 e 2013, ocorreu prevalência de 49 (63,63%) casos em pacientes do gênero masculino e no gênero feminino 28 (36,36%). A faixa etária entre adultos 50-64 anos revelou-se em 157 (38,29%) e em crianças com 1(um) ano de idade foram 4 (0,97%) casos durante os anos citados (VALENÇA *et al.*, 2014).

A Universidade de Pernambuco, com apoio do Ministério da Saúde, realizou pesquisa domiciliar de base populacional no ano de 2010, que identificou a prevalência para o marcador de exposição ao HCV (anti-HCV) com relação ao conjunto das capitais do Brasil de 1,38%. O percentual de expostos ao HCV na faixa etária de 10 (dez) a 19 (dezenov) foi de 0,75% e de 1,56% para o grupo de 20 (vinte) a 69 (sessenta e nove) anos. Os resultados podem ser considerados como representativos do conjunto das capitais do Brasil. As soroprevalências de anticorpos anti-HCV foram semelhantes nas diferentes regiões, atingindo valores de até 1% na faixa etária de 10 (dez) a 19 (dezenove) anos e de até 2% na faixa etária de 20 (vinte) a 69 (sessenta e nove) anos; exceção feita à região Norte, onde, nessa última faixa etária, esses valores foram um pouco mais elevados. Este estudo corresponde ao primeiro levantamento nacional de hepatites virais já realizado na América Latina (BRASIL, 2010).

O número de casos confirmados de hepatite C diminuiu ligeiramente desde 2010 no país, possivelmente resultado de esforços do governo para a melhoria da prevenção e controle das hepatites virais. Assim, os avanços na vigilância, métodos de diagnóstico e os programas de controle da doença podem ter facilitado a identificação dos casos, o tratamento de pacientes infectados e diminuído a transmissibilidade do vírus (KRETZER *et al.*, 2014).

Todavia, há um desafio adicional no Brasil, no controle e tratamento da hepatite C pela vasta dimensão territorial e as diferenças em relação à cultura, à densidade populacional, distribuição de renda e às condições de saúde entre as cinco regiões políticas em que o país está dividido. A eficácia dos esforços do governo para a gestão de infecção pelo HCV ainda é afetada por esses aspectos

geográficos e socioeconômicos e superar essas dificuldades é uma tarefa árdua, mas crucial, para o sucesso no controle da hepatite C (KRETZER *et al.*, 2014).

Nesse contexto, atividades de prevenção são particularmente importantes a respeito da hepatite C, uma vez que não existe nenhuma vacina disponível a fim de prevenir a infecção pelo vírus. Nesse sentido, estratégias de testes abrangentes para assegurar a identificação dos indivíduos infectados que estão em risco aumentado para espalhar o vírus da hepatite C também devem ser englobados (KRETZER *et al.*, 2014).

No que tange a tratamentos da hepatite C, com o advento de novas terapias e outras medidas em desenvolvimentos, observa-se que ocorrem mudanças constantemente. Na atualidade, evidências científicas apontam que os novos medicamentos (*sofosbuvir*, *daclatasvir* e *simeprevir*) apresentam um percentual maior de cura, tempo reduzido de tratamento (12 semanas) e a vantagem do uso oral. O Ministério da Saúde, em conjunto com a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), está priorizando a análise de registros dessas medicações para disponibilizá-las ao SUS por se tratar de tecnologia inovadora que proporciona benefícios aos pacientes (BRASIL, 2014I).

Compreende-se, portanto, que a magnitude, a diversidade virológica, o padrão de transmissão, a evolução clínica, a complexidade diagnóstica e a terapêutica da hepatite viral C impõem que políticas sejam implementadas no campo da saúde pública por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a específica questão da Hepatite C. O tratamento, quando indicado, é fundamental para evitar a progressão da doença e suas complicações, como câncer e cirrose hepática (BRASIL, 2010f).

Cumprir mencionar que desde 1996 as hepatites virais foram incluídas na Lista de Doenças de Notificação Compulsória no Brasil. A partir de então, a coleta de dados sobre a ocorrência dessas doenças passou a compor as ações de vigilância epidemiológica, as quais têm contribuído consideravelmente nos resultados e controle das respectivas doenças (BRASIL, 2010f).

Em nível mundial, medidas de saúde pública têm enfatizado a necessidade de abordagens voltadas para a conscientização sobre a hepatite C e também os sistemas de saúde têm expandido suas capacidades no que diz respeito à vigilância, prevenção, tratamento e implementação de ações programáticas eficazes para controlar a doença. Inclui-se nesse contexto a implantação de precauções padrão

em entidades de saúde com instalações de cuidados para conter a infecção nosocomial e educação pública, sendo estas as principais ferramentas para reduzir o impacto global da infecção pelo HCV (KRETZER *et al.*, 2014).

É durante a adolescência que se verifica maior incidência de IST: acometem 25% dos jovens com menos de 25 anos; 65% dos casos de AIDS manifestam-se entre os 20 e 39 anos; e refletem situações de aquisição de infecção por HIV durante a adolescência (período assintomático da doença – 10/15 anos). A incidência de IST na população em geral não variou muito ao longo dos últimos anos. Em países desenvolvidos, tem-se observado uma recrudescência da gonococia e da sífilis. As principais causas referidas são de ordem biológica, psíquica e social (RODRIGUES, 2010).

Cuidadores de saúde podem desempenhar um papel importante na educação e aconselhamento sobre mudanças de comportamentos sexuais por intermédio da promoção do uso do preservativo (prevenção primária). A prevenção secundária assenta no diagnóstico e tratamento da IST e na divulgação de informação para reconhecimento de sinais e sintomas que orientem na procura precoce de assistência, sendo fundamental a convocação dos parceiros sexuais (indivíduos com os quais se relacionou nos últimos 90 dias). A assistência ao doente infectado deve ser imediata, com o propósito de identificar os portadores assintomáticos, interrompendo a cadeia de disseminação da doença e as suas complicações, incluindo rastreio, diagnóstico, tratamento, aconselhamento e estudo analítico (RODRIGUES, 2010).

O papilomavírus humano (HPV) é outra IST de destaque, reconhecido também por condiloma acuminado, verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista. Atualmente existem mais de cem tipos de HPV – alguns deles podem ocasionar câncer, principalmente no colo do útero e no ânus. Entretanto, a infecção é muito comum e nem sempre resulta em câncer (BRASIL, 2015c).

A principal forma de transmissão do vírus é pela via sexual, incluindo contato orogenital, genital-genital ou mesmo manual-genital. A infecção pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal. Evidências indicam que 50% das mulheres se contaminam com o HPV através do contato íntimo com os parceiros, sem relação sexual (GUIA DO HPV, 2013).

Tanto homens como mulheres podem infectar-se pelo vírus, entretanto o órgão genital feminino possibilita maior possibilidade de desenvolvimento do HPV (BRASIL, 2014n).

Independentemente disso, a pessoa infectada pode não apresentar sintomas, fator responsável pelo desenvolvimento das lesões e transmissão, mas quando a verruga é visível o risco de transmissão é muito maior (BRASIL, 2015c). Embora raro, o vírus pode propagar-se também por meio de contato com mão, pele, objetos, toalhas, roupas íntimas e até pelo vaso sanitário. É provável que muitas pessoas adquiram o HPV nos primeiros dois ou três anos de vida sexual ativa (GUIA DO HPV, 2013).

Na maioria das vezes, a infecção pelo HPV é transitória e regride espontaneamente. Quando persiste, em pequeno número de casos, é causada por um tipo viral oncogênico (são 13 tipos de HPV com potencial para causar câncer), pode desenvolver lesões precursoras, que se não identificadas e tratadas podem progredir para o câncer, sobretudo, no colo do útero, mas também na vagina, vulva, ânus, pênis, orofaringe e boca. Os HPVs de maior risco oncogênico são os tipos 16 e 18, presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero. Já os HPV 6 e 11, causadores de verrugas, são encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, considerados não oncogênicos (INCA, 2015a).

Em mulheres infectadas por algum HPV do tipo ontogênico, se não diagnosticadas e tratadas a tempo, as células anormais tendem a evoluir de um estágio de pré-câncer para um câncer, normalmente de colo do útero, processo que geralmente leva anos. Pode ocorrer em qualquer idade da vida da mulher, mesmo na adolescência, embora seja incomum. Cerca de metade de todas as mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero tem entre 35 e 55 anos de idade. A maioria, possivelmente, foi exposta ao HPV na adolescência (GUIA DO HPV, 2013).

Em nível mundial, a estimativa é que 291 milhões de mulheres são portadoras do HPV e, destas, 32% estão infectadas pelo tipo 16 ou 18, ou por ambos. A incidência anual é de aproximadamente 500 mil casos de câncer do colo de útero. A infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer do colo de útero. Todavia, o câncer de colo uterino é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2014n).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) previu 15.590 casos novos de câncer de colo de útero em 2014, destacando a região Norte em primeiro lugar, com taxas elevadas, 26,3 casos/100 mil mulheres, a região Centro-Oeste com taxa de 22,2/100 mil, a região Sudeste com 10 a 15/100 mil e, por último, a região Sul, com 15,9/100 mil (INCA, 2014).

Esse panorama sobre a problemática do câncer do colo do útero e do câncer de mama já vem, há algum tempo, se configurando preocupação dos órgãos de saúde. O Ministério da Saúde tem elaborado estratégias, em parceria com o INCA, a fim de mudar o quadro. A exemplo disso, a padronização de procedimentos e condutas para garantir a qualidade dos processos técnicos e operacionais no controle do câncer. Em 1996, foi implantado o Programa Viva Mulher e desde então ele tem atuado com esses propósitos, contribuindo com a redução dos elevados índices de mortalidade e repercussões físicas, psíquicas e sociais resultantes do câncer nas mulheres brasileiras, ofertando serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (INCA, 2002, 2005).

Recentemente, o Programa Viva Mulher foi incluído como uma das prioridades do Pacto pela Saúde e no ano de 2011 reafirmado pela Presidente da República, tendo como prioridade o plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero e de mama. Um dos eixos desse plano inclui a melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer, com o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAM), que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA) (INCA, 2013).

Outra frequente complicação causada pelo HPV em mulheres ocorre quando estas estão gestando, situação em que o vírus replica as verrugas em número e tamanho devido às alterações hormonais que ocorrem na gestação, a ponto de interferir na passagem do bebê pelo canal de parto, sendo indicada a cesariana nesses casos. Existe também a possibilidade do HPV ser transmitido para o feto ou recém-nascido e causar verrugas na laringe do recém-nascido e/ou verrugas na genitália (BRASIL, 2014n).

Em adolescentes, estudos revelam que pelo fato da iniciação sexual estar acontecendo cada vez mais cedo, aumenta as chances de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HPV (ARRUDA *et al.*, 2013). Adolescentes

que engravidaram tiveram, pelo menos uma vez, uma relação sexual desprotegida e, portanto, a chance de ter adquirido o HPV (BARROSO; GOMES; ANDRADE, 2011).

Almeida *et al.* (2014) reforçam que a precocidade na iniciação da vida sexual é um dos principais fatores associados às infecções por HPV em adolescentes e tal fator repercute a situação em todo o país, estando relacionada a fatores socioeconômicos e culturais.

Em face dos problemas relacionados ao HPV, o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) tem sido o método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2015b). A orientação é que a realização do citopatológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos com essa finalidade. Algumas vezes a estratégia de mutirão em horários alternativos possibilita atingir mulheres que normalmente não conseguem ter acesso ao exame. Além disso, é necessário realizar a conduta de acordo com o resultado e acompanhamento da mulher, verificando a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013g).

Em prol dessa medida, desde 1999 está disponível o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), que congrega os dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, relacionados ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil. Está em desenvolvimento o Sistema de Informação do Câncer (Siscan), um sistema para substituir o Siscolo e o Sismama, que permitirá o acompanhamento das ações de rastreamento de ambos os cânceres e, a partir da identificação da usuária, a interoperabilidade com outros sistemas de informação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013g).

O Siscan destina-se atender às necessidades de melhoria nas ações de rastreamento e preconiza a identificação da usuária ao invés de exames. Desenvolvido em plataforma *web* pelo Departamento de Informática do SUS-DATASUS disponibiliza, em tempo real, as informações inseridas no sistema, possibilitando que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet sejam usuários do sistema para fazer a solicitação de exames, como também visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento) (INCA, 2013).

Incorporada à linha da prevenção, a Agência de Regulamentação Americana (*Food and Drug Administration* – FDA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

em função da magnitude do HPV aprovam a comercialização da primeira vacina para prevenção das infecções que ocasionam o câncer uterino – HPV 6, 11, 16 e 18 (MONIE *et al.*, 2008; CDC, 2010b; BRASIL, 2015; INCA, 2015c).

Uma vez liberada a vacina do HPV, o Ministério da Saúde a incluiu no calendário de vacinas do SUS. Em março de 2014, ela foi ofertada gratuitamente para adolescentes de 9 a 13 anos nas unidades básicas de saúde e em escolas públicas e privadas. A população-alvo da vacinação corresponde a adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 11 a 13 anos, havendo previsão de serem vacinadas adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 9 a 11 anos em 2015 e, a partir de 2016, meninas de 9 anos de idade (BRASIL, 2013h).

A recomendação é que as adolescentes recebam o esquema completo de três doses da vacina do HPV, preferencialmente antes de iniciarem contatos sexuais, considerando que a contaminação do HPV ocorre simultaneamente ao início da atividade sexual, o que não impede que mulheres, sexualmente ativas, de qualquer faixa etária, se beneficiem com a vacina, pois serão protegidas contra outros tipos de HPV contidos na vacina ou mesmo uma reinfecção do vírus (GUIA DO HPV, 2013).

Porém, o Ministério da Saúde salienta que vacina não substitui a realização do exame preventivo (Papanicolau), nem o uso do preservativo nas relações sexuais, medidas consideradas de relevância na prevenção do HPV e câncer de colo de útero. O Papanicolau deve ser realizado por profissionais capacitados e tem sido considerado a principal estratégia utilizada para detecção precoce, diagnóstico e rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011d).

Sob esse aspecto, é oportuno discorrer sobre o estudo de Cirino, Nichiata e Borges (2010), que investigaram 134 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 14 e 19 anos, de uma escola pública de uma cidade da região sul do município de São Paulo, o qual revelou que o início sexual acontece cada vez mais cedo e, com isso, as adolescentes estão mais suscetíveis e com problemas na esfera sexual/reprodutiva, incluindo o câncer de colo uterino e a infecção pelo HPV. Quase um terço das investigadas já havia tido sua primeira relação sexual e relatou IST prévia. Nestas, foi observada maior suscetibilidade ao câncer de colo uterino, menor aderência ao uso da camisinha, baixa adesão ao Papanicolau, maior média de parceiros sexuais e maior taxa de gravidez.

Em outro estudo, foram investigados 538 usuários de unidades básicas de saúde (UBS) e duas policlínicas do SUS de Campinas (SP), em 2011, indicando que maior parte das pessoas nunca tinha ouvido falar do HPV, nem das vacinas hoje disponíveis no Brasil, sendo menor a proporção de pessoas com informações adequadas acerca do vírus e das consequências da infecção, mas ressaltaram que vacinariam as filhas adolescentes, caso a vacina estivesse disponibilizada nos serviços de saúde. O estudo reforçou a pertinência de haver intervenções educativas na população para prover informação adequada sobre o HPV e medidas de prevenção (OSIS; DUARTE; SOUSA, 2014).

Os apontamentos desses estudos mostram que apesar das iniciativas em termos de políticas de saúde voltadas à saúde da mulher, como as campanhas de conscientização e divulgação para realização do Papanicolau, com acesso facilitado e gratuito, e, agora, as distribuições de vacinas, são necessários investimentos no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde para modificar este quadro. É preciso que seja revista a educação sexual nas instituições de ensino para que estas ofereçam suporte educacional em saúde para as adolescentes. Também é preciso associar as campanhas de coleta de Papanicolau e atividades educativas com o enfoque adequado a cada faixa etária e com uma linguagem direta e apropriada, quebrando mitos e desmistificando tabus (CIRINO; NICHIATA; BORGES, 2010).

Casarin e Piccoli (2011) sugerem que o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as fases da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. É imprescindível que ocorra a divulgação de informações sobre a educação para a saúde no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Além disso, a educação permanente em saúde, atividades educativas com as mulheres, parcerias entre serviços de saúde e universidades e/ou escolas e outras organizações são importantes para promover a atenção para prevenção do câncer do colo do útero.

Ribeiro (2012) incrementa dizendo que o sucesso do rastreamento e acompanhamento de mulheres não depende somente da existência de uma rede organizada de assistência à mulher nos serviços de saúde, mas também de profissionais capacitados e envolvidos nessa abordagem. Estes devem estar sensibilizados sobre a importância e responsabilidade na prevenção e controle do câncer do colo do útero, não só na coleta do citopatológico, mas também na conduta adequada acerca do resultado do exame e com ações educativas de promoção da

saúde, alicerçando na prática os direitos de universalidade no acesso, integralidade e equidade na assistência, anunciados nas políticas de sustentação do SUS.

Encerrando essa revisão sobre as IST, compreende-se que o uso de preservativos em todas as relações sexuais continua sendo método eficaz para a redução do risco de transmissão das IST, em especial do vírus HIV. Todavia, ainda nos dias de hoje, os mitos ligados ao uso de preservativos têm contribuído para a não aderência à prática do sexo seguro (BECKER, 2012).

No entanto, outros artefatos se fazem necessários, como a comunicação em saúde, o uso de tecnologias, as técnicas interdisciplinares e os sujeitos participando do processo de criação dos produtos informacionais podem contribuir para o enfrentamento das IST/AIDS (FREITAS; WAECHTER; COUTINHO, 2014).

Especialmente quando se trata de adolescentes, pois carecem de um enfoque mais amplo, envolvendo os campos da saúde, educação, família e sociedade, tendo em vista que são cidadãos de direitos, de viver e de expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, com total respeito pelo corpo de si e do parceiro; de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa; de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; de expressar livremente sua orientação sexual; ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS; de acesso aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e a atendimento de qualidade, sem discriminação; e à informação para a construção da sua educação sexual (BRASIL, 2013i).

Admite-se que os adolescentes compõem um público para o cuidado de enfermagem que, em seu exercício profissional, devem exercer atividades de educação, planejamento e avaliação, escuta, interesse, disponibilidade e aceitação, a fim de que estes encontrem nos serviços de saúde e na enfermagem referência e apoio para o cuidado à sua saúde.

Tendo em vista as colocações apresentadas, na sequência, inclui-se as concepções sobre o cuidado à saúde, com destaque para o cuidado à saúde dos adolescentes.

3.3 CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS VULNERABILIDADES

Inicia-se essa abordagem com Waldow e Borges (2008, p. 2) por definirem que o cuidado faz parte do viver dos seres humanos:

[...] o ser humano nasce com potencial de cuidado e isso significa que todas as pessoas são capazes de cuidar. Evidentemente, essa capacidade será melhor ou menos desenvolvida conforme as circunstâncias em que for exercida durante as etapas da vida (WALDOW; BORGES, 2008, p. 2).

O cuidado é reconhecido como algo necessário aos seres humanos para se desenvolverem, na infância e em fases tardias da terceira idade, em maior ou menor grau, quando evidenciam dependência na execução de suas atividades diárias, tanto de ordem físico-sociais quanto mentais (WALDOW; BORGES, 2008).

Na visão de Waldow (2008), o cuidado humano compreende a forma de cuidar que os seres humanos expressam consigo mesmos, entre si e com o Universo. Assim,

[...] o ato de cuidar humaniza o ser, significando com isso, que é através do cuidado que o ser se distingue como humano. O cuidado, visto dessa forma, pressupõe valores e elementos que são imprescindíveis no sentido de ser exercido de forma plena, tais como o respeito pelo outro, pela Natureza, pela vida, a compaixão, a solidariedade, entre outros que compõem atitudes éticas. Também são imprescindíveis a busca, a criação e o aprimoramento do conhecimento, a valorização da cultura e da história, o amor, a fraternidade, e assim por diante (WALDOW, 2008, p. 95).

Desse modo, Waldow *et al.* (2014) concebem que o cuidado significa a relação de estar-no-mundo, compreendendo um compromisso maior consigo mesmo, com os outros e com todo, com o cosmos. Envolve a forma de ser e de estar com (alguém, algo etc.), por isso tem características existenciais porque faz parte da condição humana existir e ser (o modo de ser), é relacional porque na condição humana o ser humano é forçado a coexistir com outros seres e com as coisas (estar com), é contextual porque depende de um contexto, significando, portanto, que o cuidar tem alterações de acordo com o meio e as circunstâncias em que ocorre.

Compondo essa ideia, Boff (1999) apresenta a fábula-mito de Higino, também mencionada pelo filósofo Heidegger nas suas interpretações, obra literária

que mexe com o imaginário e explica a relação íntima que desde sempre existiu entre a origem do homem e o significado do cuidado, destacando como a essência do ser humano, o saber cuidar. Fazendo analogia à fábula, Boff descreve que “o cuidado foi quem primeiro moldou o ser humano”, ou seja, ele se encontra antes, é ontológico, está na origem da existência do ser humano. Constitui, na existência humana, uma energia que jorra ininterruptamente em cada momento e circunstância. Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano (BOFF, 1999).

No olhar de Boff (1999), o cuidado é amplo, englobando o cuidado com o planeta Terra. Para cuidar do planeta é preciso que todos passem pela alfabetização ecológica e revejam os hábitos de consumo. Importa desenvolver uma ética do cuidado. Inclui o cuidado com o próprio nicho ecológico, representa o local e para isso cada pessoa precisa descobrir-se como parte do ecossistema local e da comunidade biótica, seja em seu aspecto natureza, seja em sua dimensão de cultura. O que vale para o indivíduo vale também para a comunidade local.

Em Silveira (2013), o cuidado está incluso na humanidade desde os primórdios e acompanha evolução dos tempos. As mais variadas formas de seres convivem com o cuidado. Pautado nesse princípio, surge como existencial mais próprio do ser humano e, então, como aquilo que permeia todas as relações estabelecidas por ele com o mundo.

Ao percorrer o cuidado no tempo é possível verificar que a história tem registrado, através das artes, na Arqueologia ou na Antropologia, os hábitos e a cultura dos povos, e que os mesmos traduzem expressões e comportamentos de cuidado e não cuidado (WALDOW, 2008).

Na direção do cuidado e, mais especificamente, ao se aprofundar no terreno do cuidado à saúde, tem-se o cuidado de enfermagem, o qual destaca Florence Nightgale, a Dama da Lâmpada, que, com sua arte de cuidar, cuidava dia e noite dos feridos da Guerra da Crimeia, referindo-se ao zelo e ao cuidado para com os enfermos, e, há dois séculos, já reconhecia que as condições externas afetam a vida e o desenvolvimento da pessoa (SILVA *et al.*, 2005; HADDAD; SANTOS, 2011).

Em suas condutas de cuidado, Florence relacionava o ambiente ao redor do paciente com a sua recuperação, ou seja, o paciente é um ser de relações e interações com o meio ambiente (MORESCHI *et al.*, 2011). Com isso, objetivava:

[...] priorizar o fornecimento de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde para o paciente. Ela acreditava que isso faria um diferencial na recuperação dos doentes, sendo esses os preceitos que sustentam a Teoria Ambientalista (HADDAD; SANTOS, 2011, p. 756).

Florence, com seus princípios de cura e liderança, exerceu influência sobre a enfermagem, formação de enfermeiros e médicos. Por estas razões, é considerada a criadora de uma nova profissão feminina e da Enfermagem Moderna, ou seja, os conhecimentos trazidos por ela contribuíram significativamente para fundamentar a prática da enfermagem (COSTA *et al.*, 2009). Depois, essa prática passou de uma postura intuitiva e empírica para uma prática baseada em conhecimentos científicos, desenvolvidos com base nas teorias de enfermagem e que até hoje permeiam a atividade profissional do enfermeiro.

Florence Nightgale estava à frente de sua época, visto que suas habilidades e conhecimentos já apontavam para uma vasta gama de elementos subjetivos do cuidado, sobretudo quando enfatizava a necessidade de ouvir e conversar com o paciente, com atenção e zelo às formas de expressão da pessoa sob seus cuidados; demonstrava em suas atitudes o cuidado humanizado, sensível, preocupado com o outro e com o contexto.

Oportunamente, Santos *et al.* (2013, p. 652) ressaltam que a “[...] subjetividade das ações de cuidado envolve um olhar para as interações humanas, que estão em constante mudança, exigindo preparo e reflexão crítica dos profissionais que promovem os momentos de cuidado”.

Com base nesses enunciados, evoca-se tecer considerações acerca do cuidado à saúde dos adolescentes, especialmente à saúde sexual, uma vez que o público adolescente apresenta demandas específicas pela suas singularidades e subjetividades. Requer, também, atenção e zelo ser escutado e largamente assistido nas suas necessidades, essencialmente em relação às vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

No que concerne ao tema em discussão, importante referir Ayres (2003), o qual parte do princípio de que a vulnerabilidade ao HIV e AIDS está associada ao conjunto de elementos individuais e coletivos, relacionados ao modo e nível de exposição à infecção e adoecimento pelo HIV e, conseqüentemente, ao acesso a recursos estruturais, funcionais e tecnológicos para se proteger de ambos.

Para ilustrar esse enunciado, apresenta-se três exemplos extraídos do Guia de Sugestões de Atividades para a Semana Saúde na Escola, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Exemplo 1- Um jovem de 17 anos que vai a uma festa e conhece um jovem de 22 anos. Eles têm relações sexuais sem camisinha porque ele disse que a camisinha tira o prazer. Certo dia, o jovem conta que está infectado pelo vírus HIV e lhe pede que, caso ele esteja infectado e ela não, ela se infecte e morra junto com ele.

Exemplo 2- Um adolescente de 15 anos procura um(a) professor(a) para pedir ajuda, no dia seguinte que estourou sua camisinha. O(a) professor(a) diz que ele tem de procurar o serviço de saúde. Ele vai e depois de muito trabalho para conseguir ser atendido, o médico conversa não mais que três minutos com o adolescente. O médico diz que não há nada a fazer, que ele reze para não haver gravidez e que a namorada deve procurar o serviço de saúde, caso a menstruação atrase.

Exemplo 3- Duas adolescentes, de 14 e 15 anos, procuram um profissional de saúde com o objetivo de iniciar a anticoncepção. O profissional as recebe de rosto fechado e pergunta se os pais sabem que elas estão lá. Elas dizem que não. Em seguida, ele diz que elas são muito novas para ter vida sexual e que a anticoncepção faz mal para criança.

Esses exemplos retratam as fragilidades em que os adolescentes dessas histórias se encontram, evidenciando suas situações de vulnerabilidades em nível individual, social e programático, refletindo subjetivamente as demandas de cuidado à saúde.

Para Ayres (2003) e Motta (2010), com referência às vulnerabilidades pessoais, o cuidado compreende o acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros ou saudáveis, relacionando-se intrinsecamente com os eixos social e programático.

Brêtas (2010) enfatiza que no contexto das vulnerabilidades individuais inserem-se aspectos cognitivos, ou seja, a potencialidade do indivíduo em elaborar e processar informações, a exemplo, sobre IST/AIDS, sexualidade, prevenção e os aspectos comportamentais relacionados à possibilidade de converter informações em comportamento.

O cuidado relacionado às vulnerabilidades sociais está associado às melhorias das “[...] condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sociopolítica e cultural do indivíduo” (MOTTA, 2010, p. 294).

O cuidado quanto às vulnerabilidades programáticas ou institucionais está associado a programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência de agravos à saúde (MOTTA, 2010), como demonstrado no estudo realizado com 328 (74,2%) gerentes das UBSs do município de São Paulo; destes, 176 (53,6%) enfermeiros identificaram marcadores de Vulnerabilidade Programática (VP) às IST/HIV/AIDS na Atenção Básica, ressaltando a importância do profissional enfermeiro em agregar conhecimento científico, competência política e ética para o enfrentamento do HIV/AIDS e gerir cuidado com qualidade nas UBSs. O cuidado sugerido requer a efetivação da integralidade na atenção às IST/HIV/AIDS na Atenção Básica, investimentos e reorganização os serviços, levar em conta as vulnerabilidades pessoais, diálogo com os atores sociais envolvidos (usuários, equipe multiprofissional, gerentes, gestores, entre outros) e avanços tecnológicos necessários à prevenção e controle dessas doenças (VAL; NICHIATA, 2014).

Observa-se que, articulados entre si, esses três componentes oportunizam a visualização ampla dos problemas de saúde. O planejamento de programas e ações embasados no conceito da vulnerabilidade pode ser ferramenta útil para a mudança das realidades de saúde porque possibilita perceber o quanto as pessoas podem estar vulneráveis, mediante certas condições em que se encontram em determinados momentos da vida (BRASIL, 2012e).

Brêtas (2010) complementa que cada um desses componentes ou tipo de vulnerabilidade pode servir de referência para interpretação de vários agravos à saúde. Essa abordagem pode expandir a atuação em saúde e, com base nas necessidades da coletividade, conceber reflexões que podem ser proveitosas para a formulação de ações e de políticas de saúde.

Desse modo, torna-se claro que um dos principais cuidados relacionados com as vulnerabilidades dos adolescentes e jovens inclui a construção de uma resposta social para as suas necessidades, ampliando os acessos à informação e aos recursos para sua proteção. Além disso, é fundamental a construção de respostas por parte das instituições que acolhem adolescentes e jovens, bem como

mudanças sociais mais profundas, que reduzam as desigualdades na maneira como o poder é distribuído na sociedade em que se vive (BRÊTAS, 2010).

Nesse sentido, há de se considerar que para o exercício do cuidado é imprescindível perceber e visualizar o ser humano articulado ao seu ambiente, visto que o ambiente influencia na saúde/doença do ser humano. Portanto, não pode ser concebido como algo isolado, mas como algo que proporciona e promove o cuidado e sustenta a vida (PIEXAK *et al.*, 2014).

Além disso, Fonseca *et al.* (2010) acrescenta que o cuidado é um tema que instiga reflexão pela sua complexidade, aguça a solidariedade nas relações entre os cuidadores e seres cuidados. Por desempenhar um valor, favorece criatividade, criticidade e interação. Emerge, portanto, fomentar discussões éticas no processo do cuidar com a participação de todos que estão envolvidos tanto diretamente quanto indiretamente. Nesta perspectiva, o cuidar deve ser visto em todas as suas dimensões em consonância com os profissionais e com o ser cuidado.

Waldow e Borges (2011) contribuem, quando afirmam, que hoje o cuidado assume destaque na Enfermagem; busca-se resgatá-lo, fazendo uma releitura e ampliando sua interpretação, considerando-o para além de uma atividade técnico-científica, relevando-se como estado de arte. A enfermagem, desde a sua consolidação enquanto profissão, tem sido reconhecida como arte e ciência, tornando-se um desafio para ciência expandir o corpo de conhecimento sobre a arte de cuidar (FERNANDES *et al.*, 2011).

Cabe ainda acrescentar, nessas reflexões, que cuidar é inerente à natureza da enfermagem, papel central do enfermeiro. Contudo, o processo de cuidar da enfermagem envolve uma relação entre dois seres humanos; um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico, com disponibilidade para o cuidado efetivo e de outro ser que está necessitando de ajuda (PINHEIRO *et al.*, 2014).

Neste cenário do cuidado de enfermagem, a pergunta que se faz para os profissionais que trabalham diretamente com adolescentes é: quais intervenções de saúde podem efetivamente contribuir para os adolescentes cuidarem de si e prevenirem-se de circunstâncias que os colocam em situação de vulnerabilidade? (SILVA *et al.*, 2014).

Na prática, consiste em não se poder mais pensar a prevenção ou a atenção a esta faixa etária, com base em um único referencial, ou de uma ideia de universalidade de sujeito que não existe. As pessoas são diferentes, constituídas a

partir de seu momento histórico, sociocultural e estão em constante mudança, por isso exigem práticas em saúde integral, contextual e dialógica (SILVA *et al.*, 2014).

No capítulo a seguir, apresenta-se a estratégia metodológica utilizada para dar voz aos adolescentes, adentrando em seu mundo, seus ambientes e contextos sociais.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Optou-se por estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa tem sido dirigida por diferentes disciplinas e cada uma desenvolve seus métodos para tratar questões específicas. O método qualitativo favorece a flexibilidade, é capaz de se ajustar ao que vai sendo descoberto durante o curso da coleta de informações; possibilita uma mescla de estratégias de coleta de informações; busca a compreensão do todo; requer envolvimento do pesquisador e permanência deste no campo; permite análise contínua dos dados para formular estratégias subsequentes e determinar quando o trabalho de campo será feito (POLIT; BECK, 2011).

Esses mesmos autores incluem que os pesquisadores qualitativos começam suas investigações por meio de conversas e observações das pessoas que têm experiência com o fenômeno estudado; permitem que elas falem e expressem amplamente suas crenças, sentimentos e comportamentos; e, à medida que fazem a análise e a interpretação, os pesquisadores identificam temas e categorias que são usados para construir uma rica descrição ou teoria do fenômeno em questão (POLIT; BECK, 2011).

Por sua vez, Turato (2008, p. 145) descreve que os estudos qualitativos buscam conhecer, compreender, interpretar, descrever e dar significações aos fenômenos a partir das concepções das pessoas, nomeados como “método compreensivo-interpretativo” cujo objetivo é “querer entender o querer-dizer dos fenômenos humanos”.

Por fim, declara Minayo (2010), esse tipo de método, além de permitir desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos relativos a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

4.1.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma Organização Não Governamental (ONG), situada em um bairro da periferia do município de Chapecó, que integra o estado de Santa Catarina, Brasil. No referido bairro vivem aproximadamente 15 mil famílias em situação de vulnerabilidade social urbana. As fontes de renda da maioria dessas famílias provêm do trabalho como empregada doméstica, autônomo, catador de lixo ou emprego no comércio (VERDE VIDA, 2017).

A respectiva ONG atua desde 1994 no município desenvolvendo um trabalho social, educacional e ambiental para famílias e adolescentes. É uma organização certificada e reconhecida como de utilidade pública municipal, estadual e federal (VERDE VIDA, 2017).

A referida ONG atende em torno de 100 (cem) jovens em situação de vulnerabilidade, na faixa etária de 10 a 17 anos, por meio de um Programa Oficinas Socioeducativas, de convivência educativa e educadora, com a prática de atividades lúdicas, de formação pessoal, de reforço escolar e de integração ao mercado de trabalho; busca a autossuficiência financeira por meio da coleta seletiva de recicláveis; gera emprego e renda na região carente; colabora com o poder público evitando custos e na melhoria do saneamento básico; sua atuação possui efetividade com os objetivos do desenvolvimento sustentável (VERDE VIDA, 2017).

O Programa Oficina Socioeducativa vislumbra o fortalecimento de vínculos e da individualidade de jovens em situação de vulnerabilidade; geração de emprego e renda a baixo custo, principalmente para pessoas com baixo nível de escolaridade, ex-catadores e pessoas idosas; encaminhar jovens para o mercado de trabalho; prestar assistência social às famílias em situação de vulnerabilidade; contribuir para a redução da marginalidade; proporcionar atendimento socioeducativo no contraturno escolar, gratuito, a jovens carentes; colaborar para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável; contribuir para o prolongamento da vida útil do aterro sanitário evitando custos para o poder público ao realizar a coleta seletiva de recicláveis; poupar recursos como água, energia, insumos e produtos químicos quando encaminha para as indústrias resíduos recicláveis; sensibilizar escolares que visitam o Programa para a correta separação de recicláveis; reduzir a poluição ambiental; gerar externalidades sociais e ambientais positivas (VERDE VIDA, 2017).

O atendimento socioeducativo do Programa tem cooperado para a inserção de muitos jovens, os quais, antes, se encontravam em uma situação de risco e, hoje, trabalham, estudam e encaminham suas vidas para um distanciamento da pobreza e da exclusão. O Programa tem auxiliado na criação de algumas liberdades e funcionamentos, que permitem autonomia e decisão para atingir os sonhos de vida. A mudança de cultura, o protagonismo, o equilíbrio emocional e a autoestima são estimuladas e buscadas na convivência diária e no fortalecimento de vínculos nas oficinas socioeducativas oferecidas, sem custo, aos jovens que participam do Programa e que têm a oportunidade da inserção social através da ONG. Ao garantir acesso e oportunidade de inserção social a esses jovens, a ONG colabora na erradicação da fome e da pobreza, no acesso ao ensino básico universal, dois importantes objetivos do Milênio (VERDE VIDA, 2017).

O município de Chapecó está situado a oeste do estado de Santa Catarina/Brasil; constitui área de abrangência do aquífero Guarani, considerado o maior manancial de água doce subterrânea do mundo, na margem direita do rio Uruguai cujos afluentes são os rios Chapecó e Irani; possui prestígio internacional pela exportação de produtos alimentícios industrializados de natureza animal, ocupando lugar de destaque nacional devido a suas agroindústrias (BALDISSERA; REIS, 2014); compõe uma área de 624,3 km², sede urbana de 113,24 km² e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população em crescimento; do ano de 2000 até 2010 cresceu em 24,88%, atingindo em 2010 o número de 183.530 habitantes, equivalendo 2,94% da população do estado; a taxa média de crescimento populacional é 2,49% ao ano; os homens representavam 49,38% da população, as mulheres 50,62%; os jovens são 31,5%, os adultos 60,1% e os idosos 8,3% da população (SEBRAE/SC, 2013).

A origem da palavra Chapecó advém de *Kaingang*, com várias interpretações: “chapadão alto”, “chapéu feito de cipó” e “põe no chapéu” para nativos da língua. A palavra origina-se dos termos “echa” + “apê” + “gô”, que na língua dos nativos significa “donde se avista o caminho da roça”. A denominação foi oficializada em 25 de agosto de 1917 por ocasião da sua emancipação através da Lei nº 1.147 do governo estadual. Na época, Chapecó tinha como base territorial a região conhecida como oeste catarinense, não havendo limites político-administrativos (CHAPECÓ, 2015).

O estado de Santa Catarina integra uma das 27 unidades federativas do Brasil, está localizado no centro da região Sul do País, sendo o vigésimo maior estado brasileiro. Suas dimensões territoriais abrangem uma área de 95.346 km², limitadas aos estados do Paraná (ao norte) e Rio Grande do Sul (ao sul), oceano Atlântico (a leste) e Argentina (a oeste). A costa oceânica tem cerca de 450 km; sua capital e sede de governo é a cidade de Florianópolis, localizada na Ilha de Santa Catarina. Inteiramente ao sul do Trópico de Capricórnio, localizado na zona temperada meridional do planeta, o estado possui clima subtropical. Estas condições variam de acordo com o relevo regional, sendo que no oeste e planalto serrano é relativamente comum a ocorrência de geadas e neve, enquanto no litoral o clima é mais quente, podendo atingir altas temperaturas durante a temporada de verão (SANTA CATARINA, 2014).

Em termos históricos, o estado de Santa Catarina foi extensivamente colonizado por imigrantes europeus: o litoral foi colonizado pelos açorianos portugueses no século XVIII; o Vale do Itajaí, parte da região sul e o norte catarinense foram colonizados por alemães em meados do século XIX; e os italianos colonizaram o sul do estado no final do mesmo século. O oeste catarinense foi colonizado por gaúchos de origem italiana e alemã na primeira metade do século XX. Os índices sociais do estado situam-se entre os melhores do país, já que Santa Catarina é o sétimo estado mais rico da Federação, com uma economia diversificada e industrializada. Importante polo exportador e consumidor, o estado é um dos responsáveis pela expansão econômica nacional, respondendo por 4% do Produto Interno Bruto do país (SANTA CATARINA, 2014).

4.1.2 Participantes

Os participantes do estudo foram constituídos por adolescentes que frequentam as oficinas educativas da ONG. Para compor os integrantes, foram selecionados dez adolescentes de ambos os sexos, conforme recomendado pela estratégia *Photovoice* de Caroline Wang (1999), eleita para coleta das informações deste estudo.

A seleção dos adolescentes partiu da indicação de 20 (vinte) adolescentes pelos profissionais que atuam no Programa das Oficinas Socioeducativas da ONG,

eleitos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Destes, foram selecionados, por sorteio, 10 (dez) adolescentes informantes, em encontro planejado para essa finalidade que foi previamente agendado na ONG pela pesquisadora. Uma vez selecionados, os adolescentes informantes receberam um convite (APÊNDICE B), extensivo aos seus pais e/ou responsáveis, para participarem de um encontro com a pesquisadora.

Neste estudo, os critérios estabelecidos para inclusão dos adolescentes foram: ter idade entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos, conforme estabelece o Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990a); estar inserido nas Oficinas Socioeducativas da ONG. Os de exclusão foram: adolescentes com dificuldades de verbalização ou que se sentiram impossibilitados e/ou constrangidos em realizar as atividades referentes às estratégias eleitas para coleta de informações.

4.1.3 Produção das Informações

Para a produção das informações foram utilizadas duas estratégias de coleta:

Estratégia 1- Coleta de informações nos prontuários dos adolescentes na ONG com o objetivo de obter informações relacionadas às características sociais, como identidade, idade, sexo, filiação, escolaridade, renda familiar, características pessoais e culturais relacionadas aos inter-relacionamentos com familiares, amigos e vizinhos para conhecer seus sistemas bioecológicos.

Do prontuário foi possível extrair informações de um documento nomeado “Fale Sobre Você”. Este documento é preenchido quando os adolescentes ingressam na ONG com o propósito de reunir informações pessoais e sociais de cada um. Por meio do prontuário foi possível captar elementos que refletem seus cotidianos de vida, os quais variam entre: estudar, ir ao *shopping*, visitar familiares, ter amigos, sair e conversar com amigos, namorar, andar de bicicleta, jogar bola, assistir televisão, escutar música, ir ao cinema e parques da cidade, ajudar nas tarefas domésticas, ir à igreja, catequese ou centro espírita, fazer artesanato e, principalmente, participar das atividades da ONG.

Estratégia 2- Coleta de informações através de passos parciais da estratégia *Photovoice*, de Caroline Wang (1999), que foram adaptados ao estudo e objetivaram captar dados relacionados ao tema do estudo por meio da produção de fotografias.

A estratégia *Photovoice*, descrita por Caroline C. Wang e colaboradores, foi usada pelas autoras como método para permitir que mulheres que viviam em aldeias rurais da China fotografassem suas realidades de saúde e trabalhos diários, comunicando as importantes mensagens de saúde para os gestores e políticos (WANG, 1999).

Segundo Wang (1999, p. 185), esta estratégia é composta por três objetivos:

[...] permitir que as pessoas gravem e reflitam seus pontos fortes e preocupações pessoais e comunitárias; promover o diálogo crítico e conhecimento sobre questões pessoais e comunitárias através de discussões em grupo de fotografias e alcançar os formuladores de políticas (WANG, 1999, p. 185).

As raízes teóricas do *Photovoice* advêm de três ideias fundamentais. A primeira incorpora a abordagem de Paulo Freire sobre a educação crítica, na medida em que enfatiza a partilha das pessoas e falar de sua própria experiência. Tal abordagem defende que todo ser humano, independente se ignorante ou submerso na cultura do silêncio, é capaz de olhar criticamente e dialeticamente sobre o mundo ao seu redor e dos relacionamentos que mantém (WANG, BURRIS, 1997; TOUSO, 2008). A segunda ideia insere a teoria feminista crítica, a qual enfatiza a voz daqueles que têm ou estão experimentando alguma opressão (WANG, BURRIS, 1997); sugere que o poder acompanha aquele que tem voz, desenvolve comunicação, faz história e participa nas decisões. A terceira ideia envolve a possibilidade de acesso de uma comunidade à fotografia (WANG, BURRIS, 1997; TOUSO, 2008).

As fotografias fornecem elementos de prova e por essa razão o *Photovoice* é considerado uma ferramenta com potencial de influenciar a política, uma vez que residem nas trocas entre as pessoas da comunidade, profissionais de saúde e formuladores de políticas sobre as imagens de interesse. As interações não ocorrem por acaso, mas por planejadores de saúde, tendo por alvo as pessoas que podem ser mobilizadas para a mudança (WANG, 1999, 2006).

Os passos originais da estratégia *Photovoice* envolvem os seguintes procedimentos: 1) Selecionar e recrutar um público-alvo de políticos ou líderes

comunitários; 2) Recrutar um grupo de participantes *Photovoice* (recomenda que sejam selecionados de sete a dez pessoas); 3) Introduzir a metodologia *Photovoice* aos participantes e facilitar uma discussão em grupo; 4) Obter o consentimento informado; 5) Criar um tema inicial para tirar fotos; 6) Distribuir as câmeras para os participantes e avaliar como usá-las; 7) Dar tempo para que os participantes produzirem as suas fotos; 8) Reunir-se para discutir fotografias (recomenda selecionar três fotografias que devem ser contextualizadas ou contar histórias) a partir dos seguintes questionamentos: O que você vê aqui? O que realmente está acontecendo aqui? Como isso se relaciona com nossas vidas? Por que esta situação, preocupação ou força existe? O que podemos fazer sobre isso?; 9) Os participantes podem codificar as questões, temas ou teorias que surgem de suas fotografias; 10) Planejar com os participantes um formato para compartilhar fotos e histórias com os responsáveis políticos ou líderes comunitários (WANG,1999).

Salienta-se que esses passos originais da estratégia *Photovoice*, neste estudo, não foram seguidos na íntegra. A estratégia foi utilizada apenas para fins de coleta das informações, considerando que para a análise e interpretação das informações foi utilizada a hermenêutica de Paul Ricouer. Assim sendo, os passos do *Photovoice* foram adaptados conforme segue:

Passo 1. Encontro com os participantes

O primeiro encontro com os adolescentes ocorreu no dia 14/10/2015, conforme estipulado no convite entregue a eles quando selecionados. Nesse encontro, ocorreram as apresentações e esclarecimentos aos pais ou responsáveis e aos adolescentes informantes sobre o objeto do estudo e a obtenção das assinaturas nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Assentimento pelos Adolescentes, Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações. Este encontro durou em torno de 2 (duas) horas e no final foi agendada a data do próximo encontro para 20/10/2015.

Passo 2. Estratégia Photovoice

Para efetivação desse passo, foi realizado um encontro com os adolescentes na data estipulada no encontro anterior. O objetivo desse encontro foi

repassar informações sobre o método *Photovoice*. Para isso, foi oferecido um *coffee break* com o propósito de criar um ambiente de descontração e familiarização com o grupo selecionado. Na sequência foram esclarecidas as etapas do método *Photovoice* e disponibilizadas duas câmeras fotográficas para dois adolescentes, que ficaram com as câmeras durante uma semana (a pedido deles) para a produção das imagens fotográficas de acordo com seus critérios, desejos e interesses. Com a câmera fotográfica foi entregue um documento com informações (APÊNDICE A) sobre a produção das imagens fotográficas, o qual foi lido e explicado amplamente aos adolescentes pelo pesquisador. Oportunamente foi avaliado o uso das câmeras fotográficas. A partir da entrega das primeiras fotos referentes à dupla de adolescentes, as imagens eram salvas no computador, em *pendrive*, e HD externo, de posse exclusiva do pesquisador; em seguida, as câmeras fotográficas eram esvaziadas e repassadas a outros dois adolescentes e assim, consecutivamente, esses passos se repetiam até o término das entrevistas individuais.

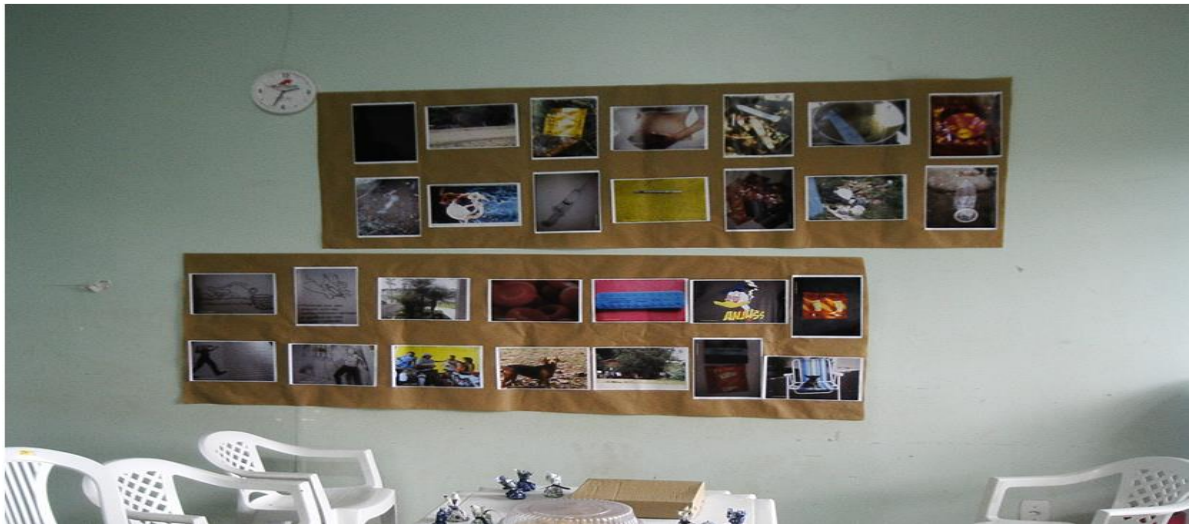
Passo 3. Discussão sobre as fotografias

O terceiro passo ocorreu através de encontros com cada adolescente para a realização das entrevistas individuais que foram iniciadas no dia 29/10/2015 e desenvolvidas em sala própria disponibilizada pela ONG com a presença apenas da pesquisadora e do adolescente investigado; duraram em média de 1h30min (uma hora e trinta minutos) a 2h (duas horas) cada; iniciavam com acomodações dos envolvidos, esclarecimentos e instalação dos gravadores, introdução de uma conversa informal para promover o relaxamento dos adolescentes partindo dos questionamentos: Como vai você? Onde você estuda? O que você gosta de fazer nas horas vagas? Como foi para você a produção das fotografias?

Na sequência, o adolescente entrevistado era convidado a selecionar 3 fotos dentre as que havia produzido, nominando-as devidamente, e para cada uma das 3 fotos selecionadas eram introduzidos os questionamentos geradores da investigação conforme o item 8 dos passos originais da estratégia *Photovoice*, constituindo, assim, as entrevistas individuais. É válido dizer que no final das entrevistas eram apresentados aos adolescentes os dados extraídos dos prontuários para que validassem as informações e as atualizassem se assim desejassem, sendo que alguns as complementaram.

Ao término das entrevistas individuais, foi planejada a entrevista coletiva que ocorreu no 15/12/2015 visando promover discussões e reflexões entre o grupo de adolescentes sobre o tema investigado. Os dez adolescentes foram convidados para a entrevista coletiva, porém participaram somente seis. Para subsidiar a respectiva entrevista, foram elaborados dois painéis contendo as três imagens fotografadas e selecionadas por cada adolescente nas entrevistas individuais. Foram excluídas duas fotografias, que não compuseram o painel, porque se tratavam de imagens muito semelhantes de preservativos. A Figura 1 que segue permite visualizar o painel de fotografias.

Figura 1- Painel com as fotografias selecionadas na entrevista individual



Fonte: Dados da Pesquisa. Chapecó, 2015.

Para a realização da entrevista coletiva foi planejado um *Coffee Break* a fim de promover um ambiente de descontração que facilitasse as reflexões e discussões dos adolescentes sobre as imagens produzidas por eles. Os participantes foram recepcionados pela pesquisadora e por uma acadêmica do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC, prevista no projeto para auxiliar na organização dos encontros com os adolescentes, assim como na coleta e transcrições das informações relacionadas à pesquisa. Enquanto transcorria o *Coffee Break*, os adolescentes foram incentivados a escolher uma foto de escolha aleatória do painel para debatê-la, assumindo postura crítica sobre as imagens e refletindo suas percepções sobre o tema proposto, guiados pelos mesmos questionamentos disparados pela pesquisadora, conforme o item 8,

descrito anteriormente nos passos originais da estratégia *Photovoice*. Inicialmente foi identificado um clima de constrangimentos dos participantes que aos poucos foram dando lugar aos diálogos e debates descontraídos, seguindo rumos independentes, preenchidos por instigações e risos.

Considerando que o método *Photovoice* prevê ampla discussão sobre as fotos, os adolescentes foram convidados a participar de um novo encontro; no entanto, unanimemente foram enfáticos em dizer que se fosse tratar do mesmo assunto iriam repetir o que haviam dito. Desse modo, foi realizado somente um encontro coletivo, momento em que também ocorreu o encerramento das atividades, sendo realizados os agradecimentos e despedidas com os adolescentes.

Adverte-se que, no decorrer do estudo, a exibição das falas dos adolescentes acompanha as abreviações, indicando a origem investigativa. A exemplo: (A1)(P) corresponde à informação advinda do prontuário; (A1)(EI) corresponde à informação advinda da entrevista individual; (A1)(EC) corresponde à informação advinda da entrevista coletiva.

Destaca-se, ainda, que tanto nas entrevistas individuais como na coletiva, foram utilizados dois gravadores digitais, constituindo fonte de material de análise com a finalidade de divulgar os resultados da pesquisa.

4.2 METODOLOGIA DE INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para análise e interpretação das informações foi usada a hermenêutica descrita por Paul Ricoeur (1990), com base nos referenciais, Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano e da Vulnerabilidade.

Etimologicamente, hermenêutica significa interpretação, corrente da fenomenologia, que tem raízes disciplinares na área da filosofia. O termo hermenêutica advém do grego *hermeneuein*, que significa declarar, anunciar, interpretar ou traduzir (BONA, 2010); pode também ser definida como a teoria ou a filosofia da interpretação do sentido, ou seja, busca compreender o sentido do ser a partir da sua expressão no mundo. Assim, é um mapa para entender a linguagem e os símbolos das expressões faladas e escritas (MOTTA, 1997).

Para Ricoeur, a compreensão humana é, inicialmente, uma questão de interpretação da história efetiva que os moldou e que, até certo ponto, dela já se tem

um pré-conhecimento, mesmo que, de certo modo, seja confuso, obscuro e distorcido. A compreensão surge, primeiramente, por meio de uma interpretação hermenêutica, na perspectiva da espécie de diálogo entre as nossas questões contextualizadas e o mundo de significados que se abre através da palavra e do gesto, da história efetiva que nos molda (RICOUER, 1990, OLIVEIRA; BOTELHO, 2010). A interpretação é um processo complexo que inclui tanto o momento da descrição das estruturas e suas leis – a explicação – como o momento de apropriação do sentido pelo sujeito – a compreensão –, não perdendo de vista seu horizonte ontológico (GENTIL, 2004).

A hermenêutica tem sido utilizada em pesquisas qualitativas, especialmente por estudiosos da área da fenomenologia, mas também de diversas áreas do conhecimento, auxiliando-os a interpretar investigações relacionadas às experiências do mundo da vida a partir dos fatos, símbolos, expressões e significados da realidade vivida (MOTTA, 1997; TERRA, 2007; ROSSARI, 2008; DALEGRAVE, 2013; ZANATTA, 2013).

Direcionando um olhar para esses apontamentos, expõe-se a seguir os passos das interpretações à luz da hermenêutica de Paul Ricoeur (1990) a partir das descrições das teses e dissertações de Motta (1997), Terra (2007), Rossari (2008), Dalegrave (2013), Zanatta (2013) e Milbrath (2013).

1. Leitura Inicial: esta etapa se constituiu do primeiro passo e incluiu a compreensão ingênua do texto, momento em que os materiais foram organizados e buscou-se apreender os significados das falas, fotografias e outros achados advindos dos registros dos prontuários com o intuito de identificar elementos relacionados às percepções dos adolescentes perante a prevenção das IST/HIV/AIDS, bem como captar aspectos relacionados ao mundo vivido dos adolescentes.

Nesta etapa, foram realizadas as transcrições e organização das informações em matriz gráfica que objetivou agrupar dados referentes a cada adolescente, datas, horários e materiais, obtendo-se as primeiras impressões e desvelamentos do conjunto de informações.

2. Distanciamento: momento em que se buscou o distanciamento, abstenção de crenças, julgamentos e preconceitos visando adoção de um ser reflexivo sobre os fatos existenciais emergidos.

Nesta etapa, foi feita uma leitura reflexiva e profunda do compilado de informações na busca por interpretar e compreender os significados das falas e das fotografias com vistas a fazer imergir o oculto.

3. Análise Estrutural: momento em que se objetivou o aprofundamento da semântica. Foi realizada releitura das informações, de forma crítica, visando à interpretação de cada frase, seção, capítulo, sentença, unidade e do texto como um todo com o propósito de progredir nos achados e significados das informações, contemplando a interpretação hermenêutica.

Nesta etapa, buscou-se reavivar, tematizar e compreender os significados com a profundidade que a análise hermenêutica requer a fim de compreender a existência dos adolescentes nas suas vulnerabilidades perante as IST/HIV/AIDS e nas suas demandas de cuidado à saúde.

4. Identificação da Metáfora: momento em que ocorreu a interpretação hermenêutica, que pode ser descrita como um movimento em espiral – mais do que circular – que partiu do todo dos textos para as suas partes e, destas, para a totalidade, aumentando, deste modo, o grau de profundidade e clarificação da compreensão sobre os achados (OLIVEIRA; BOTELHO, 2010).

Os discursos foram novamente analisados e, conseqüentemente, geraram avanços nas compreensões e significados. A identificação da metáfora consistiu na tomada de uma palavra por outra, estabelecendo o modo como ela significa (NEVES; CABRAL, 2008).

Nesta etapa, houve um mergulho nas interpretações já realizadas em busca de desocultar informações existentes sobre as concepções dos adolescentes, através de um raciocínio indutivo e dedutivo, que visou encontrar algo novo para compor as significâncias e concretizações dos achados.

5. Apropriação: última fase do processo de análise hermenêutica. Ocorreram assimilação e apropriação dos significados da mensagem, conforme descreve Motta (1997, p. 69), apropriação “[...] significa estar apto para a compreensão da metáfora do mundo do texto e do conjunto de imagens projetadas na frente do texto”. O que antes era desconhecido ao investigador, agora passa a ser seu.

Esta etapa compôs-se de desvelamentos sobre o mundo dos adolescentes vivido com relação às suas vulnerabilidades perante as IST/HIV/AIDS e as suas demandas de cuidados à saúde; consistiu na compreensão das suas realidades,

assimilação dos fatos que os envolvem e, sobretudo, na apropriação das mensagens emitidas pelos adolescentes sobre o objeto do estudo.

Acredita-se que esta opção metodológica conduziu o conhecimento construído e fomentou reflexões sobre o contexto estudado, despertando o interesse de utilizá-la em outros estudos para trabalhar questões amplas na área da saúde.

4.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida com os adolescentes, mediante autorização dos pais e/ou responsáveis ou seus representantes legais, os quais autorizaram por meio da assinatura dos termos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) destinado aos pais ou responsáveis; Termo de Assentimento Livre e Esclarecido destinado ao adolescente participante (ANEXO B). Ambos os termos foram amplamente explicados e esclarecidos. Obteve-se também a Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas (ANEXO C), Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (ANEXO D) e a Declaração de Ciência do Fiel Guardião (ANEXO E) para manuseio dos prontuários dos adolescentes. Além destes, foi entregue um documento explicativo aos adolescentes informantes sobre como iriam produzir as imagens, retorno e salvamento das fotografias, devolução da máquina fotográfica e demais passos do estudo. Os participantes foram informados para não fotografar seres humanos (APÊNDICE A). Todos os termos foram feitos em duas vias, uma via ficou com o pesquisador e a outra com a parte interessada. Com essas medidas, entende-se que o estudo respeitou os preceitos éticos definidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013j).

Ressalta-se que as etapas de investigações iniciaram somente após receber o parecer consubstanciado de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob o número: 1.267.706.

Os participantes foram identificados pela letra A de adolescente, seguida de um número (Ex.: A1). A totalidade das informações foi arquivada pelo pesquisador e será guardada por cinco anos.

Considera-se que os riscos foram mínimos devido a alguns desconfortos e constrangimentos relativos a alguns adolescentes discutirem sobre as imagens

fotografadas. Para minimizar esses riscos, foi esclarecido previamente que não precisavam responder a todas as perguntas, nem expor suas fotos ou discutir sobre elas, de modo que não seriam expostos, além de que seus nomes seriam preservados, e que poderiam deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo nas suas atividades desenvolvidas na ONG.

Entende-se que este estudo não trará benefícios diretos e imediatos aos adolescentes, entretanto, considera-se que em médio e longo prazo os resultados dele poderão subsidiar estratégias de ação/intervenção para o cuidado à saúde de adolescentes perante as vulnerabilidades das IST/HIV/AIDS.

5 RESULTADOS

Este capítulo contém os resultados desta pesquisa de campo. As informações aqui apresentadas correspondem à sequência de apresentação dos participantes, além das informações extraídas dos prontuários, entrevistas individuais e entrevista coletiva.

5.1 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram constituídos por dez adolescentes; destes, seis são do sexo masculino e quatro do sexo feminino com idades entre 13 e 16 anos. Todos são solteiros. Sete residem com mãe, pai e irmãos (nesse grupo há um padrasto), um com a avó e tia, um com a mãe, um com pai e irmãos. A renda mensal variou entre um e três salários mínimos, havendo uma média 4,9 pessoas por família que convivem com essa renda. Todos os adolescentes estão estudando em escolas públicas, oito no ensino fundamental (sete incompletos e um completo) e dois no ensino médio (incompletos).

As informações extraídas do prontuário dos adolescentes na Organização Não Governamental estão expostas no Quadro 1, o qual está destacado na sequência.

Quadro 1- Informações do prontuário



Adolescente	Informações
A1	<i>Gosto de passear, vou ao shopping, cinema, visito parentes, saio com minha mãe, viajo, namoro, saio com as amigas [...], estudo mais ou menos, vou à igreja de vez em quando. Gosto de ir na ONG. [...], não gosto de gente falsa.</i>
A2	<i>Estudo de manhã gosto de vir na ONG, [...]a tarde, ajudo minha mãe em casa, saio com ela, [...],tenho amigos e as vezes vou ao centro da cidade.</i>
A3	<i>Vou à escola todo dia, depois vou para casa. Todas as tardes vou na ONG. As vezes vou ver minha mãe e pai. Vou na igreja com minha avó. Ando de bicicleta com amigos, jogo bola, assisto televisão,</i>




	<i>escuto música, faço churrasco, saio com amigos e familiares quando tem festas.</i>
A4	<i>Acordo de manhã, faço minha higiene, vou à escola, depois volto para casa, faço almoço, à tarde vou à ONG. Gosto de jogar bola todas as noites no ginásio, saio com amigos, vou ao shopping, gosto de tomar sorvete, e frequento a minha igreja.</i>
A5	<i>Estudo de manhã, a tarde vou à ONG, depois vou para casa ajudar minha mãe fazer bolacha e massa caseira para vender. Gosto de fazer artesanato com vidros para vender, converso com amigos, jogo bola. Às vezes vou até o centro da cidade com amigos.</i>
A6	<i>Eu gosto de jogar bola, ando de bicicleta, estudo, saio com os amigos e vou na casa deles. Vou no cinema ou no estádio de futebol para assistir torneios, [...],venho na ONG, vou no shopping ou no Centro de Eventos da cidade, na Universidade Unochapecó quando tem eventos, e pratico minha religião.</i>
A7	<i>Eu sou alegre, brincalhão, jogo bola com amigos, passeio bastante, não gosto de ficar em casa. Gosto de ter amigos. Eu normalmente frequento a escola, a ONG, a igreja e o posto de saúde.</i>
A8	<i>Eu gosto de jogar bola, saio com amigos, jogo sinuca, baralho, namoro, ando de bicicleta, [...] me diverto, vou nos barzinhos. Eu vou no colégio todo dia de manhã,[...] à tarde vou na ONG.</i>
A9	<i>Eu vou à escola todo dia, a tarde vou à ONG. Gosto muito de participar das atividades da ONG, tenho amigos e saio com eles, as vezes vamos na praça, no parque, no shopping. Também vou na igreja, visito meus tios e avós na cidade de Seara. Gosto de paquerar e namorar.</i>
A10	<i>Eu gosto de andar de bicicleta, vou na casa de parentes nos finais de semana, tenho amigos, converso com eles, [...] estudo, vou ao cinema, parques da cidade, praça, igreja, e também venho na ONG.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa. Chapecó, 2015



No Quadro 2, apresenta-se o resultado das entrevistas individuais, conforme segue.

Quadro 2- Informações da entrevista individual

Participante	Foto	Fala
A1	Camisinha 	<p><i>Isso tem relação com as nossas vidas porque se a gente não se cuidar, se a gente não usar a camisinha, a gente engravida, se não tiver tomando comprimido também. Tipo a camisinha pode prevenir a gravidez e essas doenças [...] seria bom que as pessoas sempre tivessem fazendo exames para ver se não têm nada, para daí engravidar.</i></p> <p><i>Eu acho que essa situação existe, assim da AIDS e do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis por falta das pessoas se cuidarem mesmo porque muita gente, muitas mulheres saem por aí fazendo coisas erradas e se esquecem de cuidar delas mesmas.</i></p> <p><i>Sei lá o que pode ser feito sobre isso porque as camisinhas já são dadas, só basta agora elas quererem se cuidar bem. Só se faltar camisinha no posto, aí tem que comprar, e se não tem dinheiro [...] aí não sei como fazem.</i></p> <p><i>Acho que os serviços de saúde e os profissionais de saúde devem continuar orientando as pessoas para usarem comprimido, pegarem a camisinha, tomarem injeção.</i></p> <p><i>É que tem muitas pessoas que têm vergonha de chegar no posto de saúde e pegar camisinha e de perguntar. Eu acho que os profissionais de saúde tinham que dar uma palestra, colocar mais cartazes porque as pessoas vão lá posto de saúde. Talvez os profissionais de saúde devessem dar um pacotinho de casa em casa, cada mês. Seria uma boa ideia porque tipo lá no posto tem camisinha, mas eles têm vergonha de pegar porque eles acham que todo mundo vai ficar olhando.</i></p>
A1	Pato Donald 	<p><i>Essa foto é do Pato Donald, ele já fumou muita maconha, eu penso que ele está drogado. É que muitas meninas e os meninos também ingerem drogas ilícitas aqui [...], e aí eles perdem os sentidos e saem fazendo coisas erradas [...], na hora eles nem se tocam de estar usando a camisinha, e também se usou o comprimido ou não. Aí acontece que podem pegar uma doença transmissível. Daí eles já tinham que ter ido prevenido porque já sabiam o que iam fazer. .</i></p> <p><i>[...] uma vez eu vi um vídeo de uma menina que pegou AIDS e ela não pensava em se tratar porque ficou muito deprimida. Ela passava chapada assim noiada, como nessa foto do Pato Donald. Ela não contou para os pais [...], quando ela foi contar, já estava fumando muita droga, ela consumia tudo quanto era tipo de droga [...], tinha pouco tempo de vida, ia morrer. Eu me lembrei dela quando vi essa foto do Pato Donald chapado.</i></p> <p><i>Eu vejo muita gente aqui no bairro [...], andam com o baseado na mão, a gente vê que muitos nem têm condição de andar na rua por causa do jeito que estão chapados.</i></p>



		<p><i>Eles chegam a oferecer para a gente na rua. A gente corre bastante risco porque essas pessoas andam de carro e de moto [...] dizem que enxergam muita visagem fumando essas coisas, e vai que gente tá passando na rua e acham que a gente é um bicho e atropelam a gente.</i></p> <p><i>[...] eu não vejo o que os profissionais de saúde podem fazer sobre isso, [...], mas acho que podem estar sempre conciliando, quando ver algum mendigo que consomem crack, [...] o agente de saúde pode explicar, convidar, vamos para uma clínica [...] para se tratar, para tu melhorar, para você voltar com a tua família, [...] eu não vejo muito como podem ajudar.</i></p>
A1	<p>Anticoncepcional</p> 	<p><i>O anticoncepcional é bom você tomar, [...] usar a camisinha e usar o comprimido junto porque o comprimido não combate a AIDS, mas ajuda a não engravidar. Porque se a camisinha estourar vai passar a AIDS para a criança. O comprimido é prevenção, [...] para gente não engravidar tão cedo porque hoje tem meninas com 10, 11 anos que já andam cutucando (risos). [...] daí usa camisinha e toma comprimido e sempre está prevenida, sempre tem que estar se cuidando com essas doenças.⁴</i></p>
Participante	Foto	Fala
A2	<p>Seringa</p> 	<p><i>É uma seringa que foi usada por alguém que usa drogas e pode ter uma dose do vírus do HIV. [...], tem várias situações que ela pode ser usada. Pode ter sido usada por uma médica.</i></p> <p><i>[...] se essa seringa foi usada não poderia estar ali [...] porque é lixo, apesar de que ali é um lixão, mas eles tinham que ter mais cuidados porque pode causar doenças, [...], tinham que ter botado no lixo as que usaram.</i></p>
A2	<p>Camisinha</p> 	<p><i>Eu acho que os profissionais de saúde e os serviços de saúde devem entregar a camisinha para os que têm 14 anos, para acima desta idade eles entregam pacotes dessas camisinhas, nem sei o que eles fazem com tanta camisinha, acho que jogam fora a metade. [...] eles dão na escola, [...] daí na hora de fazer sexo não usam e pegam doenças. A gente que tem se que cuidar, tem que ir até o posto de saúde pegar se a gente quer.</i></p>

⁴ *Cutucando*: significa transar precocemente, manter relações sexuais com alguém na tenra idade conforme a interpretação de um adolescente.

A2	<p>Casa</p> 	<p><i>Essa situação existe porque ela não se preveniu [...], ela falou para nós que não queria esse neném, daí falaram para ela, mas se você fez, por que não se preveniu? Camisinha tinha, ela não quis então agora vai ter que se virar.</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde agora só podem ajudar ela (amiga que engravidou precocemente) sair dessa, ela vai ter que ir às consultas [...], ela é bem teimosa para ir nas consultas, mas ela precisa de ajuda com o nenê.</i></p>
Participante	Foto	Fala
A3	<p>Agulha</p> 	<p><i>É que muitas pessoas usam a agulha e tem vez que uns fazem uma tatuagem e quando usam não limpam, daí transmitem doenças por causa do sangue contaminado [...] é muito perigoso e fácil de transmitir doenças [...], acho que todo mundo tem em casa uma agulha [...], a pessoa usa e não lava, daí outra pessoa vem e usa, pode transmitir a AIDS através do sangue.</i></p> <p><i>A relação que eu vejo nisso com as nossas vidas é que a pessoa pode até morrer por um descuido de uma agulha contaminada com AIDS. [...], se não tomar o coquetel da AIDS, acho que morre.</i></p> <p><i>As doenças sexualmente transmissíveis são transmitidas pelo sexo. A relação dessa agulha com as doenças sexualmente transmissíveis é o sangue que tem nela [...], acho que transmite só pelo sangue. [...] o sangue da pessoa está na agulha e outra pessoa em vez de esterilizar a agulha usa direto, aí a pessoa que não tinha se contamina, fica com a doença da outra.</i></p> <p><i>Essas agulhas podem trazer problema para a saúde das pessoas porque [...] todo mundo vai querer fazer uma tatuagem e vai ali num tatuador que não é profissional, [...], porque tem que pagar ou elas fazem em casa com a maquininha caseira e nem trocam a agulha [...] daí vai juntando sangue e vai passando um para o outro. Eu acho que eles deveriam sempre usar uma vez a seringa, se for botar em outra pessoa, compra outra seringa. É que às vezes as pessoas não têm dinheiro para comprar outra seringa?⁵</i></p> <p><i>Essa situação existe porque as pessoas não se cuidam bem, elas sabem que é possível passar doença e não se cuidam. [...] acham que nada vai acontecer para elas, pensam que só os outros vão ter essas doenças.</i></p>


⁵ *Maquininha caseira*: é feita com agulha normal que compra no mercado. É uma caneta em um motorzinho de DVD que tem um pezinho para segurar ela e um ferrinho dentro para o motorzinho rodar, daí a agulha fica indo para cima e para baixo, fazendo a tatuagem.

		<p><i>Acho que os profissionais de saúde podem auxiliar as pessoas a não fazer isso ou dizer que tem que esterilizar a agulha quando for fazer tatuagem ou orientar as pessoas para ir num tatuador profissional. [...] eles podem fazer a pessoa se cuidar, e se a pessoa já tem alguma doença, tipo AIDS, eles podem indicar o coquetel da AIDS para a tomar, é isso.</i></p>
A3	<p>Seringa</p> 	<p><i>Existe assim essa situação porque tem muitas pessoas que não têm ou não tiveram o dinheiro para comprar essa seringa, daí tem outra pessoa que empresta o líquido para ela e ela não esteriliza a seringa, daí usa direto, daí o outro tem o HIV e passa para ela.</i></p> <p><i>Eu acho que as pessoas deveriam cuidar onde jogam as seringas. Eles jogam às vezes em lugares movimentados, aí passa uma pessoa e a seringa tá de pé com uma agulha que pode furar o pé e pegar o HIV, sem ter feito nada.</i></p> <p><i>Aqui no bairro tem bastante seringa jogada no chão. Perto da minha casa achei essa daí [...] aqui perto da ONG tem. Às vezes tem ali descendo a rua. As pessoas a usam para a droga. [...], daí quando usam droga vão passando a seringa um para o outro, [...] eles pegam e jogam na rua e alguém pode se contaminar com essa doença da AIDS.</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde podiam passar em cada rua e ir vendo que nem eles fazem na dengue, vendo se não tem nenhuma agulha no chão. Podiam juntar e se for à frente de uma casa auxiliar a pessoa da casa porque se tem uma criança ela pode pegar para brincar e se furar e pegar o HIV quando ainda é pequeno. Eles podiam ir avisando, aqui tem uma seringa que foi usada.</i></p>
A3	<p>Camisinha</p> 	<p><i>É uma camisinha que eu encontrei lá do outro lado da rua de casa. Essa é uma maneira de não transmitir a AIDS e o HIV. E também tem outras doenças, como já disseram aqui na ONG, mas eu não sei, só conheço essas duas.</i></p> <p><i>Todo mundo vai querer um filho um dia e para fazer o filho tem que fazer o sexo sem camisinha, só que para fazer o certo, o casal tem que ir ao posto fazer exames para ver se nenhum tem AIDS para depois fazer o filho porque senão passa para o seu parceiro a AIDS e também para o filho. Só não passa para a criança se for tirado no hospital. Não me lembro como que eles tiram o filho quando acham que mulher tem AIDS, sei que tem um jeito, mas não me lembro como é. Acho que eles botam uma numa bolsa e tiram lá de dentro, daí ele não tem contato com o sangue da mãe e não pega AIDS.</i></p> <p><i>O HIV é através do sexo que transmite. Se nenhum dois tem daí não transmite, mas se um só tiver e o outro não tiver daí fizerem sexo vai transmitir e os dois vão ficar com a doença. [...] isso pode trazer problemas para a saúde de outras pessoas porque a pessoa que pegou a AIDS não se conforma, aí pode passar para as outras pessoas de</i></p>





		<p><i>propósito, [...], vai lá e faz sexo para transmitir para outras pessoas.</i></p> <p><i>Essa situação existe porque as pessoas não se cuidam. Elas sabem que é possível passar doença e não se cuidam. Eu acho que na relação sexual sempre tem que ser com camisinha. Se a pessoa for limpa, sem doenças. Daí se os dois estão decididos a fazer um filho, vão lá no posto e fazem o exame de sangue para ver se podem fazer o filho.</i></p> <p><i>As mulheres do posto podem auxiliar porque muita gente tem vergonha de ir ao posto pegar a camisinha. Porque lá é sempre cheio de gente. Daí dá vergonha nas pessoas de ir buscar. A gente devia chegar no balcão e pedir para mulher camisinha, ela me alcança do balcão, eu pego e guardo e saio do posto. Eu preferia não ser visto. Porque as pessoas ficam olhando, dá vergonha na gente. Seria bom que tivesse uma moça para entregar para a gente meio discreta.</i></p> <p><i>As doenças sexualmente transmissíveis se pega pelo sexo, pela tatuagem que faz em casa, pelas agulhas que a gente acha no chão, pelos cacos de vidro se tiver sangue, às vezes pode pegar o HIV e a AIDS.</i></p>
Participante	Foto	Fala
A4	<p>Seringa</p> 	<p><i>Não sei falar sobre essa seringa.</i></p>
A4	<p>Camisinha</p> 	<p><i>Não sei qual a relação dessa camisinha com as nossas vidas. Acho que pode pegar uma doença [...] porque tipo o cara tá passando e vê a camisinha jogada no chão, [...] pega com a mão para jogar no lixo e pode ter tem o espermatozoide e uma AIDS [...],e o cara pega uma doença. A AIDS é única que eu conheço mais assim. Eu não me lembro das outras.</i></p> <p><i>Não sei por que existe essa situação. [...], (risos) não sei. Acho que tem que conscientizar as pessoas para usar a camisinha para não pegar uma doença.</i></p> <p><i>Acho que os profissionais de saúde podiam fazer uma campanha, tipo pegar e conscientizar as famílias para cuidar mais, para não jogarem no chão o preservativo, guardar e levar nos postos de saúde.</i></p> <p><i>Se eu fosse ter relação sexual, eu usaria camisinha sempre para prevenir as doenças.</i></p>
A4	<p>Lixo/Entulho</p>	<p><i>Os enfermeiros podem orientar e conscientizar a família para não jogar lixo lá.</i></p>

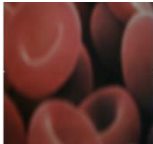

Participante	Foto	Fala
A5		<p><i>Essa foto é uma camisinha para proteção contra o HIV e AIDS, se não usa é capaz de pegar. Aqui na ONG sempre vem alguém falar e dizem para usar proteção para várias doenças, eu lembro mais da AIDS porque eu vivo ouvindo[...] mas as mulheres do posto de saúde vão lá em casa, vêm aqui na ONG, sempre tem alguém falando sobre isso, na televisão também. Dizem para usar camisinha e tomar injeção. [...] aquela injeção que foi lançada para as meninas de 12 a 13 anos. Não lembro qual é.</i></p> <p><i>Na televisão já vi eles dizerem que tem que usar a camisinha para não pegar doenças. Eu pergunto para a professora de ciências e ela me responde. Agora nós estamos trabalhando o corpo humano [...] negócio de sexo, e ela te diz para se prevenir, a não ser se quer ter um filho. Meus pais e o agente de saúde também sempre orientam para a proteção, ter cuidado, mas eu tenho vergonha de falar sobre isso com eles.</i></p> <p><i>Aqui na ONG sempre vem moças da universidade falar sobre drogas, AIDS e essas doenças. [...] eu aprendi um pouco, mas eu não estou lembrando o nome, sei que pega tipo uma sarna no pênis, na vagina.</i></p> <p><i>As doenças sexualmente transmissíveis é tipo um vírus assim, transmitidas através de vários tipos, fazendo sexo. A AIDS pega pelo sexo, mas tem outras que não pega. [...] como a caxumba [...] ela não é uma doença sexualmente transmissível. Eu só estou fazendo uma comparação.</i></p> <p><i>Tem que se cuidar. Para prevenir dessas doenças tem camisinha, tem comprimido, tem injeção para não engravidar, para não pegar umas doenças também. [...] se usa camisinha não engravida, é uma prevenção, [...] para não passar assim pelo sexo, daí acho que não passa, já se não usa podem engravidar, pode pegar doença e um monte de coisas. Tem gente que se cuida, mas tem gente que nem dá bola. Tem que ter cuidado, as meninas e os meninos têm que sempre se consultar para ver se não tem nenhuma doença, algum vírus, alguma coisa assim.</i></p> <p><i>Bom, no posto de saúde eles dão camisinha, eles dão comprimido, tem várias pessoas que nem dão bola, daí tem menina na minha sala de 13 anos que está grávida e sabendo que existe. Eles dão e nem precisa comprar, mas não se previnem. O problema é que às vezes falta camisinha nos postos e aí as pessoas têm que comprar e se não tem dinheiro, acho que não se protegem.</i></p>




		<p><i>Eu acho que os profissionais de saúde podiam incentivar mais para usar a camisinha, [...] fazer um cartaz, alguma coisa assim para as meninas se prevenir e para os piás também do HIV. No posto eles dão camisinha, se precisar e só pegar no posto, eles dão comprimidos também para não engravidar e não pegar doenças.</i></p>
A5	<p>Casa</p> 	<p><i>Essa foto é da casa, é uma mulher que tem AIDS [...], ela não se preveniu e pegou. Ela vivia enfiada com homem sabe, na zona, muié bem assim, sabe? [...] agora ela só fica trancada dentro de casa. Eu acho que ela deve ter vergonha, se as enfermeiras vão falar algo para ela, vão dizer que ela não se cuidou, e sabendo que tem um monte de informações, a TV passa informações para se prevenir.</i></p> <p><i>Acho que ela (pessoa com HIV) podia ir num posto pedir informação para ver se tem cura. [...] os profissionais de saúde devem dar remédios[...] aqueles que dão sabe, é um monte de comprimidos, [...] também podiam ir na casa conversar com ela, [...] sobre essas doenças e sobre a AIDS. Ajudar ela para ver se ela se cura. Eu acho que tem injeção. Ou uma agente de saúde, [...] passar pela casa falando sobre isso, se ouvir a agente de saúde e seguir o conselho delas[...]eu acho que previne também um pouco.</i></p> <p><i>Essa situação existe porque elas não se cuidaram, não usaram proteção, não tomaram comprimido, não tomaram injeção, não se preveniram. [...], cuidar é tipo assim, se prevenir, [...], a AIDS é uma doença, já dão a camisinha no posto. Eu acho que se usar ela não é muito fácil de pegar doenças. Porque a AIDS se passa fazendo relações sexuais ou eu acho que também pelo sangue. Eu ainda não tive relação sexual, mas quando eu tiver vou usar camisinha sempre. [...] um dia que eu achar que está na hora de ter um filho daí não.</i></p>
A5	<p>Cachorro</p> 	<p><i>Não sei explicar porque usei essa foto do cachorro.</i></p> <p><i>Na minha opinião acho que a AIDS não tem cura, mas acho que tem que ter campanhas, ir passando propagandas para se cuidarem, para se prevenirem. [...] tem muito mais pessoas assistindo TV e olhando no computador ou no celular do que indo no posto pedir informação. Eu acho que se passar na televisão ou caindo na rede social ou alguma coisa assim, eles vão estar assistindo mais e aprendendo sobre a AIDS e essas doenças.</i></p> <p><i>Agora nessa época aqui, todo mundo tem um celular, um netbook, e quem tem televisão não sai de dentro de casa, fica assistindo novela, notícia. Vai no posto quando está doente precisando de remédio, mas duvido que vai no posto para pedir informação. Para fazer exames tem bastantes pessoas que vão lá, mas tem gente que não vai, fica só entocada em casa, sai nos outros lugares, mas não vai no posto para pedir informação. [...] vão para casa e não perguntam, daí acho que se passassem na televisão</i></p>


		<p>ou alguma rede social, acho que teria pessoas que olhavam mais.</p> <p>Para o enfermeiro eu pediria informação para os meus amigos, para eu passar para eles se prevenirem, [...] se cuidarem. Acho que eles poderiam ajudar a fazer campanhas para prevenir essas doenças e para as meninas não engravidarem. Uma vez uma menina na minha sala, nós estudávamos na sexta série, daí ela me perguntou, se ela tivesse relação sexual se iria engravidar, [...] eu falei que se usasse proteção tipo a camisinha não engravidava, se tivesse cuidado, e aí nem adiantou muito, porque agora ela tá grávida, tem treze anos nas costas e grávida de dois meses.</p> <p>Eu acho que os profissionais têm que falar mais sobre essas doenças, fazer responder, perguntar para as pessoas se elas sabem, se não sabem, e ir falando para as pessoas ficar sabendo. Para depois não tá com AIDS, depois não adianta vir com desculpa que não sabia. E os agentes de saúde também ir falando [...] pedir se já sabe sobre isso, passar pelas casas, acho que também ajudaria bastante porque tem várias pessoas nem tem ideia do que é isso.</p> <p>Eu ainda tenho treze anos e preciso ter cuidado, [...] para não engravidar tão cedo porque eu tenho ainda uma longa caminhada pela frente. Vou pensar em ter filho lá pelos dezoito anos ou mais porque daí vou estar trabalhando, vou poder sustentar o meu filho. Tem menina de treze anos que vai ter que dar o filho para o pai e a mãe sustentar. Tem várias pessoas que vão querer trabalhar ou estudar e sabendo que tem a criança novinha em casa querendo tomar leite, aí vai ter que largar os estudos para cuidar do filho.</p>
Participante	Foto	Fala
A6	<p>Pastoral da saúde (gravura extraída de revista)</p> 	<p>[...] eu converso bastante com a minha família, meus tios, minhas tias, mas tem muitos que têm vergonha. [...] a meu ver eu acho que os profissionais de saúde deveriam ir de casa em casa conversar com os jovens, oferecer algum curso, alguma coisa para eles. Passa bastante na televisão sobre os jovens que têm essas doenças. Alguns pais não conversam muito com os filhos talvez porque eles são menos experientes. [...] tem pais que pensam que pelos filhos estar indo na aula, estão aprendendo o suficiente sobre essas doenças, mas eles têm que aprender na escola e também em casa. Por isso que eu falo com a minha mãe, minha tia. Elas entendem bastante, [...] eles já passaram por muitas coisas.</p> <p>Eu tirei essa foto porque eu acho que as pessoas deveriam visitar as casas. Esse é um exemplo que eu usei da pastoral da criança porque que eles vão de casa em casa. A minha mãe também participa [...] eles para ver como a criança está, se está bem, se está com sobrepeso, se teve</p>

		<p><i>diarreia, se precisou ir no posto ou se tomou alguma injeção durante a semana. Acho que eles podiam fazer assim para essas doenças também.</i></p> <p><i>Já ouvi falar bastante das doenças sexualmente transmissíveis, me lembro de algumas. [...], tem a AIDS, tem outras que passam através do beijo, através da ferida da mão, através de ir tomar banho, de vários tipos dá para passar.</i></p> <p><i>Essa situação existe, dessas doenças serem transmitidas é porque muitas pessoas acham que isso não vai acontecer com elas, pensam que isso pode acontecer longe de onde moram, pensam que isso não vai acontecer no teu bairro, [...],então elas pensam que não dá nada, pensam que eu vou ficar com aquela guria, vou dormir com ela, fazer relação com ela, sei que não vai acontecer nada, vai ser só uma vez, é por esse motivo que muitos pegam as doenças, pensam que é só uma vez e não vai acontecer nada, não usam proteção e acabam pegando doenças.</i></p> <p><i>A relação dessas doenças e da AIDS com as nossas vidas, eu acho que para alguns interfere bastante, pensam que é o fim do mundo pegar AIDS, pensam que vai atrapalhar a carreira, o namoro tudo, pensam que é o fim, mas para outros dá para controlar, dá para viver tranquilo. Alguns vão ficar com medo, claro tem que se cuidar, tem que usar a camisinha.</i></p> <p><i>Os problemas que pode trazer para a nossa saúde e a dos outros é que pode além da doença ter a rejeição. Muitos vão dizer que ele tem AIDS e não vão querer conversar com ele, [...] ele vai se sentir meio afastado [...] as pessoas são diferentes umas das outras, umas aceitam bem e a outra não, maior parte da família acabam não aceitando, daí por isso eles acabam ficando com medo, vergonha, acabam saindo de casa e ficam a mercê de qualquer pessoa que tá andando na rua.</i></p> <p><i>Essa situação existe como eu disse antes porque muitas pessoas não se cuidam, não usam proteção, não lavam as mãos, não se cuidam na hora de manter relação. Acho que eles deveriam: a mulher usar comprimido [...] e o homem usar sempre que puder, quando vai manter relação sexual, usar camisinha.</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde talvez deversem divulgar palestras na escola, ir nas ONGs e falar sobre isso. Mas é bom para quem está participando, porém para outros que ficam só em casa, aí não sei. Talvez eles poderiam se dividir e passar nas casas para conversar. Porém tem umas pessoas que levam a sério e entendem bastante o assunto, tem outras que vão dar risada.</i></p> <p><i>Já mantive relação sexual, mas todas elas com camisinha que peguei lá no posto de saúde. Muitos têm vergonha de ir lá pegar, eu não tenho vergonha. Eu penso primeiro na minha proteção.</i></p>
--	--	--


A6	Homem escondendo se 	<p><i>Essa foto eu estava meio sem ideia e acabei tirando ela porque achei bonita.</i></p>
A6	Livro 	<p><i>Os profissionais para eles ajudarem no caso dessas pessoas, acho que deveriam divulgar mais como tratar a doença, como fazer para se sentir bem. Eles têm que usar as redes sociais para divulgar isso. É um dos meios, mas tem vários. Eles podem ajudar por meio de palestras, ir nas casas, pelas redes sociais divulgando assuntos de como tratar das doenças.</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde podiam ajudar esse tipo de pessoa que tem AIDS, talvez conversar e indicar um bom psicólogo para ir lá e conversar com a pessoa. [...] um amigo meu manteve relação sexual com a minha vizinha, [...] eu acho que ela já tinha tido com outro, daí ela passou HIV para ele. Quando descobriram deram risada dele, ele se afastou de mim. Eu saía bastante com ele, [...], eu não encontrei mais ele porque se mudou, mas acho que os profissionais se tivessem conversado com ele antes eu não garanto que teria evitado, mas ia ajudar bastante, ele ia pensar duas vezes antes de manter relação sem proteção. [...], que eu me lembre, sempre usei a camisinha, sempre usei proteção.</i></p>
Participante	Foto	Fala
A7	Seringa 	<p><i>Essa imagem é de uma seringa com agulha. Ela deve ter sido usado com drogas injetáveis e foi passada de um para o outro. Aqui no bairro tem muita gente que usa direto drogas. Pode passar pelo sangue o HIV e a AIDS e pode prejudicar a outra pessoa. [...], a gente tem que se cuidar não usando as mesmas coisas que o outro usou, por exemplo um cortador de unha, uma seringa, porque poderia pegar alguma doença transmissível pelo sangue e até me prejudicar no sentido da saúde.</i></p>
A7	Ato sexual 	<p><i>Essa foto é sobre o ato sexual. Tem duas pessoas se relacionando sexualmente, mas o homem joga a camisinha no lixo. Se eles estão fazendo sexo sem camisinha podem pegar uma doença porque ela pode ser uma portadora de doença. Eles não se preveniram contra as doenças [...], risos. Pode passar a AIDS. Que eu me lembre só essa porque na escola falam mais disso, as outras quase não falam.</i></p> <p><i>Eu não falo em casa sobre essas coisas porque tenho vergonha. Quando tenho dúvidas, pergunto para minha professora, mas tenho vergonha de perguntar para ela (risos). Aqui na ONG eu também não pergunto porque</i></p>

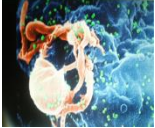
		<p>tenho vergonha. Se eu tivesse que fazer uma pergunta íntima, eu não perguntaria. Eu já fui procurar na internet, vários trabalhos da escola, de ciências, de geografia, e essas coisas aí de AIDS e doenças. Eu sinto vergonha de ir no posto pegar camisinha. Eu nunca fui buscar, nem vou. Os profissionais de saúde podiam deixar uma sala específica, que não haja muita gente [...], e também ajudar a prevenir aconselhando. A maioria das pessoas tem vergonha. Então eles podiam estar deixando uma caixa que as pessoas pudessem colocar suas perguntas e depois eles lerem e responderem individualmente. Tenho vergonha porque eu não conheço a pessoa que tá lá. Eu fiquei quieto, minha mãe que falou (risos).</p>
A7	<p>Glóbulos vermelhos</p> 	<p>A relação com a vida das pessoas é que em gente que não se previne. Tem que fazer um exame semanal para ver se tu tem alguma coisa transmissível e para ver também da saúde. Se a saúde está boa.</p> <p>Não sei dizer por que existe essa situação da AIDS.</p> <p>Talvez isso acontece porque as pessoas não se previnem. Acho que elas pensam que nada vai acontecer na saúde delas. Pode ser por isso que essas doenças existem, essa AIDS.</p> <p>Eu já ouvi amigos meus se queixar que não tinha camisinha no posto. Aí não tinham dinheiro para comprar [...] sei lá como fizeram. Acho que não se protegeram.</p> <p>Acho que os profissionais de saúde podem fazer campanhas. Que ajudem nos tratamentos contra a AIDS. Se houver tratamento? Contra essas doenças aí. Os agentes de saúde podem explicar e escrever em cartazes para fazer exames semanais que ajudam a prevenir. Tem umas pessoas que não vão fazer pela vergonha. Tem muitas vezes que eles pedem exames de fezes, de urina, e a pessoa tem vergonha de fazer.</p> <p>Eu penso que devia achar rápido uma cura para que ajudem as pessoas que têm essas doenças. [...], eu aconselharia que usassem a camisinha para que esterilizassem as coisas que usam e passam para outro e dava conselhos.</p>
Informante	Foto	Fala
A8	<p>Camisinha</p> 	<p>Eu já ouvi falar das doenças sexualmente transmissíveis. Ouvi que é uma doença que pode causar a morte e ficar em coma e coisrada (risos). [...] não sei o que as doenças sexualmente têm a ver com a vida das pessoas. Se eu tivesse uma namorada e tivesse relação sexual com ela, eu ia me proteger para não pegar essas doenças e também o HIV e AIDS. Não sei se usaria com frequência (risos).</p> <p>[...] quem fala sobre isso é a professora de biologia. [...] ela fala que quando eu for fazer relação sexual, tenho que</p>

		<p><i>sempre usar camisinha e me proteger.</i></p> <p><i>[...] e tem aquelas balinhas, aqueles remédio para não pegar AIDS e HIV. É, [...], pílulas, eu me esqueci do nome. Eu aprendi aqui na ONG, mas eu me esqueci de tudo (risos).</i></p> <p><i>Não sei o que as doenças sexualmente têm a ver com a vida das pessoas. Se eu tivesse uma namorada e tivesse relação sexual com ela eu ia me proteger para não pegar essas doenças e o HIV e AIDS. Não sei se usaria com frequência (risos).</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde podem auxiliar dizendo para usar a camisinha para não pegar AIDS e HIV. Eu não fui no posto de saúde pegar camisinha ainda [...] só meu irmão vai lá e pegar, ele tem namorada. [...], a mãe uma vez foi lá e pegou uma caixa de camisinha e ele tem uma gaveta quase cheia lá (risos), não sei se ele usa sempre. Não sei o que mais os profissionais de saúde podem fazer nesse sentido.</i></p>
A8	<p>Caixa d'água</p> 	<p><i>Essa outra foto eu nem sei o que falar (risos). É uma caixa de água. Não sei qual a relação dela com as doenças sexualmente transmissíveis. Olha aqueles ovos lá do mosquito da dengue lá. Eu li, mas esqueci de tudo (risos).</i></p>
A8	<p>Árvore</p> 	<p><i>Não quero falar dessa foto, me esqueci de tudo.</i></p>
Participante	Foto	Fala
A9	<p>Camisinha</p> 	<p><i>A gente estuda na escola essas doenças na disciplina de ciências.</i></p> <p><i>Foi aqui na ONG que aprendi sobre essas coisas, mas eu não lembro sobre as doenças sexualmente transmissíveis, mas eu lembro sobre o HIV, acho que se uma pessoa pega o HIV, vai fazendo sexo com outros e vai passando. A não ser que ela use a camisinha para prevenir.</i></p> <p><i>A relação dessas doenças com a vida da gente é que eu acho que a vida é muito importante para nós e a gente tem que se cuidar usando sempre a camisinha. Eu acho que essas doenças podem trazer problemas na vida das pessoas porque tem pessoas que vão para o hospital e tem umas que vão até morrer.</i></p> <p><i>Eu não sei por que existe essa situação.</i></p>
A9	<p>Camisinha</p>	<p><i>A relação com as nossas vidas é que tem que se cuidar mais e tem gente que não se cuida, [...] um monte de</i></p>

		<p>coisas.</p> <p>Os profissionais de saúde podem mandar a gente usar protetor, camisinha e também os comprimidos e a injeção. Eu acho que tem tratamento para essas doenças e a injeção para não engravidar.</p>
A9	<p>Camisinha</p> 	<p>Essa foto é de outra camisinha. É que tem umas camisinhas que são do homem e tem umas camisinhas da mulher. Eu acho que quando uma pessoa vai fazer sexo, elas devem usar as duas, a mulher usa a de mulher e o homem usa a camisinha do homem. Se só o homem usasse e a mulher não, eu acho que poderia acontecer algum acidente, furar e se tivesse uma doença podia passar (risos).</p> <p>Eu acho que a AIDS tem cura. Eu ouvi na televisão que é uma doença muito perigosa para quem tem e não se trata. Daí pode passar para as outras pessoas.</p> <p>Eu iria usar protetor, mas não ia fazer relação sexual antes de ter a minha idade certa. A gente não pode ficar namorando pelas esquinas e sair dando para tudo quanto é piá porque não sabe se eles têm doenças e pode ir passando para os outros, [...], eu não sou muito chegada em piá porque a minha mãe me diz que hoje em dia tem menina de 14, 15 anos que já esta grávida, daí eu tenho medo de engravidar e ter namorado.⁶</p> <p>A minha mãe também às vezes fala que não pode sair namorando assim e dar para qualquer um. Diz que a gente tem que saber primeiro com quem que vai ficar. A minha mãe e a professora de ciências falam disso. Meus pais são separados, mas minha mãe e meus avós me falam sobre essas coisas.</p> <p>As camisinhas podem pegar na farmácia para comprar, se a pessoa não tem dinheiro para comprar vai no posto de saúde que tem de graça. É que às vezes não tem no posto, daí tem que comprar, [...] vai saber se as pessoas têm dinheiro.</p>
Participante	Foto	Fala
A10	<p>Seringa</p> 	<p>Essa foto é de uma seringa. É que tem algumas doenças que não são passadas só pelas relações sexuais, mas também pelo sangue que tem nas seringas e agulhas que foram usadas por uma pessoa que usa drogas. [...] o HIV e a AIDS que eu sei são essas transmitidas pelo sexo e pelo sangue. Não sei se tem outras doenças, mas o problema é que o vírus pode ser passado para um bebê quando está na barriga da mãe. Ele pode nascer portador dessa doença. [...] tudo isso por causa de uma seringa contaminada.</p>

⁶ Idade certa é quando atingir a idade adulta, ter maturidade.

		<p><i>Essa situação de ter pessoas com HIV e AIDS no mundo, por que que elas não se cuidam, elas não se previnem. Pensam que podem fazer de tudo e não acontece nada com elas.[...] não se cuidar é tipo, ter relações sexuais com pessoas contaminadas por essas doenças, usar seringas e agulhas com sangue de outros, usar coisas que foram usadas por outras pessoas [...] elas não procuram fazer um exame para saber se tem alguma doença, a mãe quando tem um filho às vezes também não procura fazer o exame ver se ela tem alguma doença que passar para o bebê.</i></p> <p><i>Eu não me lembro de nenhuma outra doença sexualmente transmissível. Eu sei sobre o HIV porque tem bastante e eu pesquisei um pouco sobre ele, [...] já foi falado nas escolas em palestras. Eu me lembro de uma, mas eu não sei o nome e também eles fizeram uma campanha de vacina na escola para a gente tomar. Sei que é para uma doença sexualmente transmissível.</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde podem continuar fazendo as campanhas, [...] fazer palestras nas escolas para alertar os adolescentes, entregar panfletos para os adultos, porque tem gente que não conhece essas doenças e essas campanhas acho que ajudam.</i></p> <p><i>Eu não sei quais os cuidados que os serviços de saúde têm que disponibilizar para as pessoas. [...], os serviços de saúde podem oferecer vacinas para se prevenir, só que às vezes não é possível, para o HIV não tem uma vacina porque ela não tem cura.[...], a parte deles, eles já fazem para as pessoas. [...], eu acho que precisaria eles irem mais nas escolas, mais palestras, para melhorar isso, só que vai da pessoa querer se cuidar também.</i></p>
A10	<p>Mulher Grávida</p> 	<p><i>Nessa foto eu vejo uma mulher grávida. A relação dessa mulher grávida com as doenças sexualmente transmissíveis é que, às vezes, a pessoa não sabe que é portadora de alguma doença e ela pode passar para o filho, e essa criança quando cresce pode sofrer preconceitos. Muitas pessoas têm nojo dessas pessoas que têm essas doenças. E, quem sofre vai ser a criança, ela também pode morrer. [...], preconceito é quando as pessoas ficam julgando e têm nojo da pessoa que tem AIDS, nojo de sentar na cadeira que ela sentou, mas a AIDS não se passa por sentar na mesma cadeira. Ela só passa por relações sexuais e para o filho. Quando a mãe tá grávida pode passar pela transfusão de sangue e pela seringa, acho que é só isso.</i></p>
A10	Vírus do HIV	<p><i>Eu não tenho vergonha de ir no posto pegar camisinha. Na hora das pessoas fazerem relação sexual, elas não têm vergonha, mas têm vergonha para buscar preservativo. [...], as pessoas que trabalham na posto de saúde deviam fazer mais palestras e não falar só do HIV, e sim falar das outras doenças, como por exemplo, eu não sei das outras</i></p>

		<p>doenças, só ouço falar do HIV, mas e as outras doenças? A gente não sabe se as pessoas têm doença ou não e às vezes elas nem sabem também, não sabem os sintomas que tem cada doença. Acho que se os profissionais fizerem isso é o suficiente, mas vai da pessoa também se prevenir, se cuidar, tomar os cuidados, porque já estão sendo orientadas. (A10)</p>
--	---	--

Fonte: Dados da Pesquisa. Chapecó, 2015.

No Quadro 3 são apresentadas informações da entrevista coletiva como segue.

Quadro 3- Informações da entrevista coletiva

Questões geradoras de investigação	Conversas
<p>O que vocês veem aqui nessa foto sobre as doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS?</p>	<p>Foto- Seringa no lixo</p> <p>A9: <i>Eu acho que alguém pode ter deixado essa seringa no lixo, pode ter sido usado com drogas. Tem muita gente que usa drogas aqui no bairro. A gente vê no lixo aqui muitas seringas e camisinhas usadas.</i></p> <p>A2: <i>É mesmo, em tudo que é esquina a gente vê alguém se drogando. Acho que eles usam a mesma seringa. Vai saber? Quando vou para casa eu vejo, perto da escola, os grupinhos de piás e meninas, até aqui perto da ONG tem bastante.</i></p> <p>A8: <i>Aqui em volta tem muito lixo sim, com seringas que usam nas drogas. Camisinhas que já foram usadas.</i></p>
<p>O que realmente está relacionado com as IST/HIV e AIDS?</p>	<p>Foto - Ato sexual</p> <p>A7: <i>Essa foto é de um ato sexual. Eu acho que eles não estão usando camisinha.</i></p> <p>A1: <i>Eu pegaria uma camisinha?</i></p> <p>A4: <i>Não sei.</i></p> <p>A9: <i>Eu acho que tem que ver se a pessoa não tem AIDS.</i></p> <p>A8: <i>(risos) Eu fugia com ela.</i></p> <p>A1: <i>Fugir com ela? (risos)</i></p> <p>A8: <i>Eu vou embora, mas se eu tivesse relação com ela, eu ia usar camisinha (risos). E se eu não tivesse camisinha na hora, daí tem que usar sacolinha (risos, muitos risos entre todos).</i></p> <p>A1: <i>Que sacolinha é essa?</i></p>

	<p>A8: Sei lá. (Não quis falar sobre o que significa sacolinha.)</p> <p>A4: Vai depender se a menina tiver doença.</p> <p>A1: Como é que tu sabe se ela tem doenças?</p> <p>A8: Ah! Vai estar escrito na testa (risos).</p> <p>A4: Não sei, ninguém sabe.</p> <p>A1: Tão com vergonha de falar, se esqueceram? Se eu tivesse numa boate eu já levava uma camisinha. Mas eu não carrego camisinha comigo. É que eu não saio com a mente de dar para os outros, tipo, saio com a mente de sair e me divertir.</p> <p>A4: Se eu tiver com a carteira, eu carrego camisinha.</p> <p>A8: Eu não.</p>
<p>O que pode ser feito sobre isso?</p>	<p>Foto – Mulher grávida</p> <p>A9: Acho que tratamento, em forma de comprimido, receitas médicas.</p> <p>A1: Se ela já tiver AIDS ou alguma doença transmissível. Fazer exames de sangue e de urina. E ela tem que se cuidar também. Cuidar com quem vai sair.</p> <p>Tem um monte de IST. Por causa da palestra que a gente ouviu. Tem a sífilis, a gonorreia, tem um monte, só que agora fugiu o nome da cabeça. Mas, eu já ouvi falarem bastante dessas doenças. Tem a crista de galo que dizem. Eu não sei o que é a crista de galo. Mas acontece que ela prejudica o pênis do homem (assovios), tipo abre o pênis.</p> <p>A10: Então, os profissionais têm que falar mais sobre isso, a gente não sabe.</p> <p>A1: Tipo, a gente só vê aquela imagem do pênis do homem aflorecido entendeu. Eles tinham que explicar mais por que que acontece isso, por que que aflorece? Eles tinham que dar mais explicação do que acontece no corpo humano, por que acontecem essas reações.</p> <p>A1: Na verdade tem muitas pessoas que têm vergonha de chegar e perguntar, daí eles tinham que chegar e dar uma palestra por cartazes principalmente nos posto de saúde porque normalmente as pessoas vão nos posto de saúde.</p> <p>A4: Cartazes! Eu não leio.</p> <p>A10: As pessoas não leem os cartazes porque têm vergonha, eu também teria vergonha de ir lá e ficar lendo (risos).</p>

	<p>A4: Ficar lendo (risos).</p> <p>A1: Na verdade, eles deveriam fazer novas coisas para serem prevenidas as doenças sexualmente transmissíveis porque a única coisa que previne é a camisinha, não tem outro negócio, só a camisinha. Eles tinham que fazer mais coisas para as pessoas se prevenirem, tipo dar comprimidos.</p> <p>A10: Mas é a única forma que eles acharam, dando camisinha. Acho que eles devem tá tentando. Tem aquelas pessoas que ficam no laboratório lá, mas do HIV eles não acharam ainda a cura.</p>
<p>O que os profissionais de saúde podem fazer sobre isso?</p>	<p>Foto – Mulher grávida</p> <p>A8: Eles podem auxiliar.</p> <p>A1: Podem dar recomendações.</p> <p>A10: Mas se ela quer engravidar como que vai usar camisinha? Ela quer engravidar?</p> <p>A1: Eu não sei. Muitas mulheres vão procurar o médico porque elas têm que fazer o tratamento antes para criança não nascer com nenhum problema. Se não me engano, ela não pode dar de mamar? Ela não pode dar de mamar na teta para nenê, não pode ter nenhum contato de sangue assim e fazer tratamento quando tiver grávida porque a AIDS vai para o leite e se ela dar de mamar, a criança pode contrair o vírus porque vai uma célula do HIV para o leite da mãe, e se ele mamar, vai contrair o vírus.</p> <p>Foto - Seringa no lixo</p> <p>A10: Eles têm que alertar aquelas pessoas que trabalham na reciclagem para sempre usar luva. E teria que vir a agente de saúde alertar sobre isso. Porque tem pessoas que não têm esse conhecimento.</p> <p>A8: Recomendar que usem camisinha.</p> <p>A1: Concordo, recomendar para usar camisinha.</p> <p>A9: Mas vai depender da pessoa. Tem pessoas que acham que a camisinha não vai fazer nada e fazem sexo sem camisinha. Daí eu não sei o que os profissionais podem fazer.</p> <p>A8: Acho que eles podem auxiliar para se cuidarem, dando remédio e coisas assim. Humm... não sei o que mais.</p> <p>A1: Não basta só dar camisinha, falta eles falarem como que se usa. Tem que dar educação psicológica, tipo ajudar a pessoa.</p>

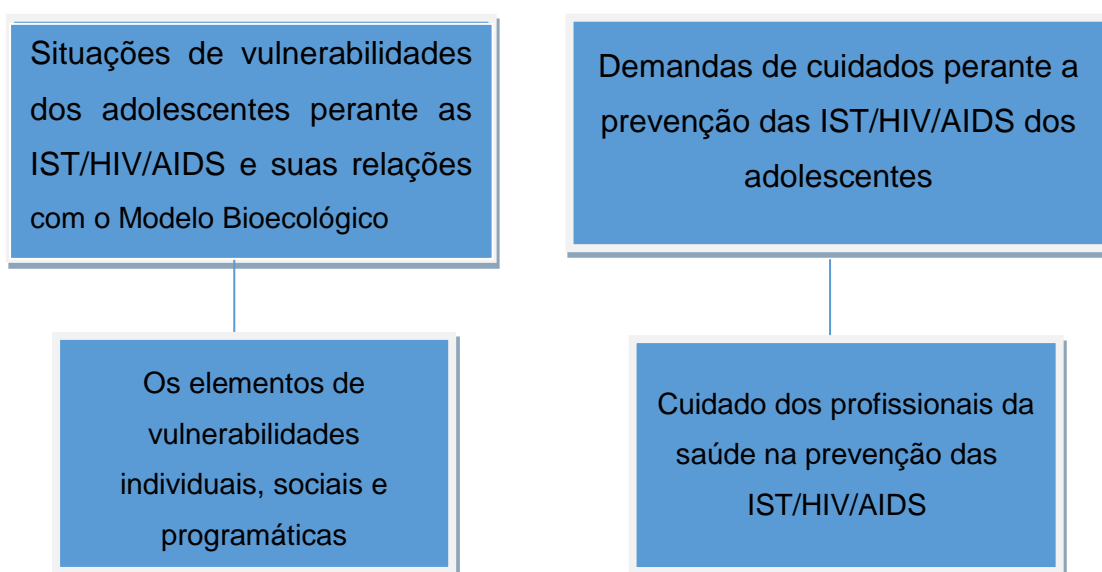
	<p>A10: <i>Tipo eles poderiam fabricar as camisinhas e vender em caixinhas e com o manual junto. Só que as pessoas têm vergonha de buscar. Mas em todo o lugar que a gente vai tem camisinha para vender.</i></p> <p>A1: <i>Ou se tivesse camisinha para os dois sexos nos postos, só tem para os homens. Eles tinham que dar mais camisinha para mulher e ensinar a mulher como que usa. Dar camisinha e o comprimido também, o anticoncepcional. Apesar de que muitos não usam. Muitos só pegam porque tão na frente lá. Porque são meio bobos, acho. Tipo, eu tenho uma amiga minha que ela tomava aquelas injeção de 3 em 3 meses e não usava camisinha, só que o marido dela não soube usar a camisinha e a injeção não funcionou e ela engravidou, ela estava com 14 para 15 anos, e quando viu estava grávida, daí é uma criança cuidando de outra criança. Por isso eles têm que chegar e conversar com você, explicar, faz assim para usar, faz assim para se cuidar, faz assim para descartar.</i></p> <p><i>Se tivesse uma pessoa especializada para aquela pessoa que tem vergonha, chegar e conversar, e se eles tivessem uma sala com as camisinhas para pessoa chegar lá pegar e conversar. Na verdade para mulher tem mais alternativa que para os homens. Para mulheres tem injeção, tem a camisinha, tem os comprimidos. Mas para os homens já não tem tanto, só a camisinha. Os anticoncepcionais não deixa a mulher engravidar, porque na verdade para as doenças não serem transmitidas só a camisinha e tem que se cuidar mais.</i></p> <p>A10: <i>Acho que só existe a camisinha de preservativo. Mas daí acho que eles têm que oferecer os testes para as pessoas verem se são portador de alguma doença sexualmente transmissível. E eles têm que fazer mais palestras nas escolas ou nos postos de saúde, talvez ajudar as pessoas e entregar panfletos. Acho que eles têm que falar mais sobre as outras doenças, não só sobre o HIV porque eu, por exemplo, não conheço as outras, só conheço HIV.</i></p>
--	---

Fonte: Dados da Pesquisa. Chapecó, 2016.

6 INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Neste capítulo são apresentadas as percepções dos adolescentes sobre a prevenção das IST e HIV/AIDS, interpretadas à luz da Hermenêutica de Paul Ricoeur e dos referenciais do Modelo Bioecológico e Vulnerabilidade. A partir disso, emergiram temas e subtemas de acordo com o destacado na Figura 2, a seguir apresentada.

Figura 2 - Temas e subtemas elaborados a partir dos resultados do estudo

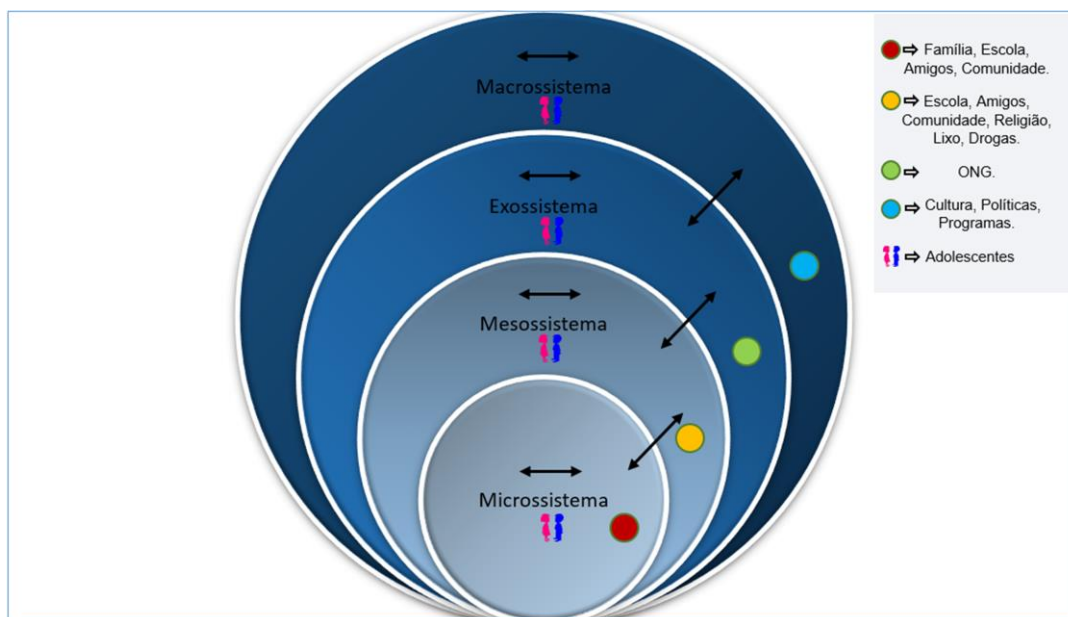


Fonte: Dados da Pesquisa. Chapecó, 2016.

6.1 SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES PERANTE AS IST/HIV/AIDS E SUAS RELAÇÕES COM O MODELO BIOECOLÓGICO

Este tópico buscou abordar as situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que compõem os contextos bioecológicos dos adolescentes. Para favorecer a compreensão dos respectivos contextos, foi elaborada a Figura 3 com a finalidade de visualizar seus cenários de vida.

Figura 3 - Contexto bioecológico dos adolescentes



Fonte: Dados da Pesquisa. Chapecó, 2016, adaptado de Bronfenbrenner.⁷

Inicialmente, cabe dizer que os adolescentes aqui investigados estão crescendo e se desenvolvendo em um contexto bioecológico repleto de eventos sociais, culturais, econômicos, políticos, experiências e vivências que acontecem nos diferentes sistemas interligados: micro, meso, exo, macro e cronossistema (BRONFENBRENNER, 1998, 2011). Nesses sistemas, elaboram rotinas e formas de viver, conforme as informações extraídas dos prontuários:

Estudo de manhã gosto de vir na ONG, [...]a tarde, ajudo minha mãe em casa, saio com ela, [...],tenho amigos e as vezes vou ao centro da cidade. (A2)(P)

Acordo de manhã, faço minha higiene, vou à escola, depois volto para casa, faço almoço, à tarde vou à ONG. Gosto de jogar bola todas as noites no ginásio, sair com amigos, ir ao shopping, tomar sorvete, e frequentar a Igreja Assembleia de Deus. (A4)(P)

⁷ Esquema do Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner- Versão traduzida e adaptada do site: <https://jeremypmyers.files.wordpress.com/2011/11/bronfenbeenners20ecological20system.jpg>. Acesso em: fev. 2017.

Eu gosto de jogar bola, saio com amigos, jogo sinuca e baralho, namoro, ando de bicicleta, [...] gosto de me divertir, vou nos barzinhos. Eu vou no colégio todo dia de manhã, [...] à tarde vou na ONG. (A8)(P)

Dentre seus hábitos, é possível identificar estruturas sociais, culturais e políticas, assim como as inter-relações contínuas e naturais que acontecem em seus entornos.

Estudo de manhã, a tarde vou à ONG, depois vou para casa ajudar minha mãe fazer bolacha e massa caseira para vender. Gosto de fazer artesanato com vidros para vender, converso com amigos, jogo bola. Às vezes vou até o centro da cidade com amigos. (A5)(P)

Eu vou à escola todo dia, a tarde vou à ONG. Gosto muito de participar das atividades da ONG, tenho amigos e saio com eles, as vezes vamos na praça, no parque, no shopping. Também vou na igreja, visito meus tios e avós na cidade de Seara. Gosto de paquerar e namorar. (A9)(P)

A maioria dos adolescentes divide seu tempo entre família, escola, lazer, encontro com amigos, religião e atividades na ONG, como se pode verificar também nas seguintes falas:

Vou à escola todo dia, depois vou para casa. Todas as tardes vou na ONG. As vezes vou ver minha mãe e pai. Vou na igreja com minha avó. Gosto de andar de bicicleta com amigos, jogar bola assistir televisão, escutar música, fazer churrasco, sair com amigos e familiares quando tem festas. (A3)(P)

Eu gosto de jogar bola, ando de bicicleta, estudo, saio com os amigos e vou à casa deles. Vou ao cinema ou no estádio de futebol para assistir torneios de futebol, [...],veho na ONG, vou ao shopping ou no Centro de Eventos da cidade, na Universidade Unochapecó quando tem eventos e pratico a minha religião. (A6)(P)

Eu sou alegre, brincalhão, gosto de jogar bola com amigos, passeio bastante, não gosto de ficar em casa. Tenho amigos. Eu normalmente frequento a escola, a ONG, a igreja e o posto de saúde (A7)(P)

A partir dessas informações, buscou-se primeiramente lançar um olhar para os microssistemas e mesossistemas, com as vulnerabilidades neles envolvidas, considerando que são os contextos nos quais se iniciam os eventos relacionados aos aspectos individuais, familiares, comunitários e culturais, construídos e perpetuados por seus integrantes, que traduzem os modos de vida adotados pelas pessoas.

No microssistema dos adolescentes, revelam-se um complexo de relações imediatas, mútuas e progressivas entre pai/padrasto, mãe, irmãos, tios, primos,

avós, amigos, vizinhos, escola, igreja, centro espírita, unidades de saúde, ONG, objetos e símbolos. Tais interações ocorrem em uma base estável e duradoura, denominadas por Bronfenbrenner e Morris (1998), como processos proximais, identificadas neste estudo por meio das aprendizagens e habilidades expressas, no convívio com a família, amigos, atividades da ONG, brincadeiras, ações solitárias, execução das tarefas diárias, planos de vida, na aquisição de conhecimentos, assim como nas experiências vivenciadas.

O microsistema foi considerado a força motriz primária que impulsiona os adolescentes para o desenvolvimento humano. Notou-se que há interações face a face dos adolescentes com os familiares, compreendidas como a fonte que os impulsiona à motivação, capacidade e habilidades para exercerem as atividades de seus cotidianos.

Próximo ao microsistema, encontra-se o mesossistema dos adolescentes, composto por um conjunto de outros microsistemas que os circundam. Compõe-se da comunidade próxima e de inúmeros anexos que formam o seu nicho, isto é, se resume em inter-relações dos vários ambientes nos quais os adolescentes estão inseridos no período da vida em que se encontram (BRONFENBRENNER, 2011).

Foi identificado que existe uma participação intensa e recíproca dos adolescentes nesse sistema, uma vez que inclui as relações que eles mantêm em casa, na escola, com amigos, na vizinhança, na ONG, na igreja da qual sua família faz parte, entre outros contextos socioculturais próximos ao seu viver. Desse modo, considera-se que é um sistema importante para o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, pois contribui com as relações sociais e culturais, construção e compartilhamento de saberes que se disseminam rapidamente entre os microsistemas que compõem o mesossistema (BRONFENBRENNER, 2011).

Gosto de passear, vou ao shopping, cinema, visito parentes, saio com minha mãe, viajo namoro, saio com as amigas [...], estudo mais ou menos, vou à igreja de vez em quando. Gosto da ONG. [...] não gosto de gente falsa. (A1)(P)

Eu gosto de andar de bicicleta, vou à casa de parentes nos finais de semana, tenho amigos, converso com eles, [...] estudo, vou ao cinema, parques da cidade, praça, igreja, e também gosto de vir na ONG. (A10)(P)

Nesse microuniverso bioecológico foram visualizadas as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que envolvem os adolescentes, as quais, apesar

de estarem descritas aqui separadamente, entende-se que são interligadas e dependentes umas das outras continuamente (AYRES, 2003, 2006).

Antes de entrar nessa discussão, é importante destacar que o referido grupo de adolescentes demonstrou possuir características peculiares da fase da adolescência, construindo suas personalidades e relacionando-se ativamente com amigos e grupos. Alguns parecem despreocupados e irresponsáveis, enquanto outros demonstram responsabilidades diante das condutas de prevenção às IST/HIV/AIDS. A maioria não se percebe vulnerável, apesar de demonstrar preocupação com a possibilidade de adquirir o HIV/AIDS porque associa a doença ao preconceito e à morte.

Alguns informaram não terem se relacionado sexualmente, mas elementos da sexualidade estão acionados pelas demonstrações de comportamentos, expressões corporais, atitudes, modos de vestir, comunicação, trejeitos, autoestima, afetividade e relações de gênero, manifestados durante as entrevistas individuais e coletiva.

O componente individual da vulnerabilidade está expresso nos conhecimentos incipientes que dispõem sobre as IST/HIV/AIDS. Nas linguagens faladas, constatou-se que as informações que disponibilizam sobre tais doenças advêm dos ambientes de convivências, da mídia, palestras promovidas na ONG, escola e agentes de saúde. Nestes, destacam a importância das orientações dos pais, tios, avós, os quais apesar de terem vergonha de falar os alertam sobre cuidados à saúde com base nas experiências que passaram, ensinam que seja evitado investir em relações precoces e não namorar com desconhecido. Os professores também são importantes nos ensinamentos sobre a prevenção, como também os agentes de saúde.

Na televisão já vi eles dizerem que tem que usar a camisinha para não pegar doenças. Eu pergunto para a professora de ciências e ela me responde. Agora, nós estamos trabalhando o corpo humano [...] negócio de sexo e ela te diz para se prevenir, a não ser se quer ter um filho. Meus pais e o agente de saúde também sempre orientam para a proteção, ter cuidado. (A5)(EI)

[...] eu converso bastante com a minha família, meus tios, minhas tias, mas tem muitos que têm vergonha. [...] a meu ver, eu acho que os profissionais de saúde deveriam ir de casa em casa conversar com os jovens, oferecer algum curso, alguma coisa para eles. Passa bastante na televisão sobre os jovens que têm essas doenças. Alguns pais não conversam muito com os filhos talvez porque eles são menos experientes. [...] tem pais que pensam

que pelos filhos estar indo na aula, estão aprendendo o suficiente sobre essas doenças, mas eles têm que aprender na escola e também em casa. Por isso que eu falo com a minha mãe, minha tia. Elas entendem bastante, [...] eles já passaram por muitas coisas. (A6) (EI)

A minha mãe também às vezes fala que não pode sair namorando assim e dar para qualquer um. Diz que a gente tem que saber primeiro com quem que vai ficar. A minha mãe e a professora de ciências falam disso. Meus pais são separados, mas minha mãe e meus avós me falam sobre essas coisas. (A9) (EI)

Nota-se nas falas acima que as conversas intrafamiliares sobre sexo são valorosas para o autocuidado dos adolescentes, contudo nem todas as famílias exercem com constância os diálogos devido ao sentimento de vergonha que paira no ambiente ao abordar o tema. Mas, quando abordado, mesmo que de modo incipiente, passa a ser referência para a adoção de comportamentos afinados com os saberes que lhes foram transmitidos.

Assim sendo, compreende-se que, embora a família não fale abertamente sobre sexo e sexualidade, os cuidados recomendados por ela são fundamentais, visto que são carregados de valores e crenças, além de provocarem reflexões nos adolescentes, configurando-se um modelo próprio de educação sexual. Nery *et al.* (2015) afirmam que a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e filhos, quando existe, ainda que falho e pouco preciso, é alheio às necessidades dos adolescentes, porém percebe-se que os fatores culturais, religiosos e socioeconômicos passam a influenciá-los fortemente.

Os diálogos entre pais e filhos são descritos por Gonsalves, Santos, Malafaia, Menezes (2016) como um aspecto importante na promoção da saúde sexual dos adolescentes. Consideram que quanto mais esclarecidos, melhores são os efeitos na adesão a medidas de proteção perante as IST/AIDS por parte dos adolescentes. A família é considerada espaço privilegiado para a aprendizagem de temas socialmente relevantes, é o ambiente mais apropriado para buscar esclarecimentos de conceitos relativos à sexualidade para que os adolescentes possam escolher o seu caminho de forma responsável e consciente.

Desse modo, observa-se que o microsistema familiar, ainda que as instruções não atendam por inteiro às necessidades esperadas, constitui-se a base no preparo para a vida sexual dos adolescentes. Os pais, apesar de limitados por constrangimentos, ao seu modo, são educadores natos, uma vez que reproduzem

as experiências vividas, capazes de opinar e impor condições que levam os adolescentes a seguirem suas orientações, mesmo que parcialmente, porque a opinião daqueles que foram referência durante o seu crescimento e desenvolvimento parece ter peso nas escolhas atuais.

Na visão de Araújo *et al.* (2015), os progenitores em seu ambiente familiar precisam desempenhar seu papel no que diz respeito à educação sexual de seus filhos, tratando do assunto de maneira clara, aberta, livre de preconceitos e constrangimentos, visto que assim estarão garantindo orientações a um indivíduo em formação, que carrega muitas dúvidas e nem sempre sabe como esclarecê-las de forma correta.

Os autores reforçam a importância da educação conjugada entre pais e a escola na abordagem da educação sexual com os adolescentes, na tentativa de viabilizar a prática de ações preventivas e na perspectiva de que a educação sexual partilhada pelas duas instituições pode trazer melhores resultados a eles (ARAÚJO *et al.*, 2015).

A escola foi mencionada pelos adolescentes que a consideram referência na educação para a saúde sexual. Não foi identificado em suas falas se há interações da escola com as famílias, mas comentam que os professores da área das ciências biológicas falam sobre a prevenção das IST e enfatizam o uso da camisinha no ato sexual, no entanto desvelam que a AIDS é foco principal nos ensinamentos desses educadores.

Essa foto é sobre o ato sexual. Tem duas pessoas se relacionando sexualmente, mas o homem joga a camisinha no lixo. Se eles estão fazendo sexo sem camisinha podem pegar uma doença porque ela pode ser uma portadora de doença. Eles não se preveniram contra as doenças [...], risos. Pode passar a AIDS. Que eu me lembre só essa porque na escola falam mais disso, as outras quase não falam. (A7) (EI)

[...], quem fala sobre isso é a professora de biologia. [...] ela fala que quando eu for fazer relação sexual tenho que sempre usar camisinha e me proteger. (A8) (EI)

A gente estuda na escola essas doenças na disciplina de ciências. (A9) (EI)

Eu não me lembro de nenhuma outra doença sexualmente transmissível. Eu sei sobre o HIV porque tem bastante e eu pesquisei um pouco sobre ele, [...] já foi falado nas escolas em palestras. Eu me lembro de uma, mas eu não sei o nome e também eles fizeram uma campanha de vacina na escola para a gente tomar. Sei que é para uma doença sexualmente transmissível. (A10) (EI)

A escola, com a implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) em 1997, tem fomentado temas de Orientação Sexual com o objetivo de transmitir informações relacionadas à sexualidade, contemplando as diversas áreas de conhecimento. Ao desenvolver essa função, a proposta é que ela busque complementar a educação dada em casa, através do diálogo, da reflexão e reconstrução de informações, conduzindo o aluno a reafirmar suas próprias concepções de sexualidade (BRASIL,1997).

A partir disso, concebe-se a escola como uma extensão da família, a qual se constitui um novo microsistema e compreendida como um espaço onde ocorrem aprendizagens progressivas, interações dinâmicas, trocas contínuas entre os indivíduos e o ambiente, por isso consideradas elementos fundamentais para o desenvolvimento humano. No entanto, Nery *et al.* (2015) declaram que, perante o preparo para a vida sexual, a escola também tem apresentado constrangimentos e dificuldades de estabelecer um circuito de interações com o sistema familiar.

A escola tem reproduzido um pensamento pautado em componentes conservadores e pertencentes à ordem dominante, repleto de paradoxos. De um lado, aprecia uma pedagogia crítica, com consciência progressista e política, no entanto não considera a sexualidade como algo político-ideológico, mas, sim, como um mecanismo para controle dos corpos, tratando a educação em sexualidade de forma biologizada e medicalizada. A dialogicidade sobre a sexualidade é praticamente nula (ZANATTA *et al.*,2016).

O(a) professor(a) tem mostrado dificuldades, equívocos e, muitas vezes, não trabalha esse tema ou trabalha pautado em sua experiência, seu entendimento, na perspectiva do senso comum, guiados/as muitas vezes pela religião, que invade as escolas, sem critério algum de dados científicos (SOUZA,2017).

Diante do pouco preparo, há um cultivo de informações fragmentadas aos adolescentes sobre as IST/HIV/AIDS, prejudicando suas aprendizagens e refletindo em notáveis fragilidades o que, por certo, repercute na capacidade de aplicar informações apropriadas na vida prática.

As falas que seguem comprovam a fragmentação e a incompletude de informações que os adolescentes obtêm sobre as IST/HIV/AIDS.

As doenças sexualmente transmissíveis se pega pelo sexo, pela tatuagem que faz em casa, pelas agulhas que a gente acha no chão, pelos cacos de vidro se tiver sangue, às vezes pode pegar o HIV e a AIDS. (A3) (EI)

Não sei qual a relação dessa camisinha com as nossas vidas. Acho que pode pegar uma doença [...] porque tipo o cara tá passando e vê a camisinha jogada no chão, [...] pega com a mão para jogar no lixo e pode ter tem o espermatozoide e uma AIDS [...], e o cara pega uma doença. A AIDS é única que eu conheço mais assim. Eu não me lembro das outras. (A4) (EI)

As doenças sexualmente transmissíveis é tipo um vírus assim, transmitidas através de vários tipos, fazendo sexo. A AIDS pega pelo sexo, mas tem outras que não pega. [...] como a caxumba [...] ela não é uma doença sexualmente transmissível. Eu só estou fazendo uma comparação. (A5) (EI)

Mostram-se desinformados ao referirem que a AIDS tem cura, ferida da mão e banho podem transmitir doenças sexuais, agulhas que acham no chão, agulhas usadas em tatuagens após uso devem ser apenas lavadas para serem reutilizadas, os parceiros sexuais devem usar ambas as camisinhas juntas, a feminina e a masculina, a fim de garantir a prevenção caso uma delas se rompa.

*As doenças sexualmente transmissíveis são transmitidas pelo sexo. A relação dessa agulha com as doenças sexualmente transmissíveis é o sangue que tem nela [...], acho que transmite só pelo sangue. [...] o sangue da pessoa está na agulha e outra pessoa em vez de esterilizar a agulha usa direto, **ai** a pessoa que não tinha se contamina, fica com a doença da outra. (A3) (EI)*

Eu acho que a AIDS tem cura. Eu ouvi na televisão que é uma doença muito perigosa para quem tem e não se trata. Daí pode passar para as outras pessoas. (A9) (EI)

Já ouvi falar bastante das doenças sexualmente transmissíveis, me lembro de algumas. [...], tem a AIDS, tem outras que passam através do beijo, através da ferida da mão, através de ir tomar banho, de vários tipos dá para passar. (A6) (EI)

Essa foto é de outra camisinha. É que tem umas camisinhas que são do homem e tem umas camisinhas da mulher. Eu acho que quando uma pessoa vai fazer sexo, elas devem usar as duas, a mulher usa a de mulher e o homem usa a camisinha do homem. Se só o homem usasse e a mulher não, eu acho que poderia acontecer algum acidente, furar e se tivesse uma doença podia passar (risos). (A9) (EI)

Os cuidados que adotam perante a prevenção das IST/HIV/AIDS ocorrem mais pelo medo da morte, transmissão do sangue contaminado e gravidez

inesperada. O simbolismo do preservativo, construído no início da epidemia do HIV/AIDS e disseminado ao longo dos anos pela mídia, motiva-os para usá-lo em uma relação sexual.

É que muitas pessoas usam a agulha e tem vez que uns fazem uma tatuagem, e quando usam não limpam, daí transmitem doenças por causa do sangue contaminado [...] é muito perigoso e fácil de transmitir doenças [...], acho que todo mundo tem em casa uma agulha [...], a pessoa usa e não lava, daí outra pessoa vem e usa pode transmitir a AIDS através do sangue. (A3)(EI)

Eu já ouvi falar das doenças sexualmente transmissíveis. Ouvi que é uma doença que pode causar a morte e ficar em coma e coisurada (risos). [...] não sei o que as doenças sexualmente têm a ver com a vida das pessoas. Se eu tivesse uma namorada e tivesse relação sexual com ela, eu ia me proteger para não pegar essas doenças e também o HIV e AIDS. Não sei se usaria com frequência (risos). (A8)(EI)

Eu iria usar protetor, mas não ia fazer relação sexual antes de ter a minha idade certa. A gente não pode ficar namorando pelas esquinas e sair dando para tudo quanto é piá porque não sabe se eles têm doenças e pode ir passando para os outros, [...], eu não sou muito chegada em piá porque a minha mãe me diz que hoje em dia tem menina de 14, 15 anos que já está grávida, daí eu tenho medo de engravidar e ter namorado. (A9)(EI)

Com o propósito de complementar os saberes sobre as IST/HIV/AIDS, a ONG, da qual os adolescentes participam, busca dar suporte convidando profissionais de saúde para ministrar palestras relacionadas à temática.

Aqui na ONG sempre vem moças da universidade falar sobre drogas, AIDS e essas doenças. [...] eu aprendi um pouco, mas eu não estou lembrando o nome, sei que pega tipo uma sarna no pênis, na vagina. (A5)(EI)

Essa foto é uma camisinha para proteção contra o HIV e AIDS, se não usa é capaz de pegar. Aqui na ONG sempre vem alguém falar e dizem para usar proteção para várias doenças, eu lembro mais da AIDS porque eu vivo ouvindo [...]mas as mulheres do posto de saúde vão lá em casa, vêm aqui na ONG, sempre tem alguém falando sobre isso, na televisão também. Dizem para usar camisinha e tomar injeção. [...] aquela injeção que foi lançada para as meninas de 12 a 13 anos. Não lembro qual é. (A5)(EI)

Os profissionais de saúde talvez devessem divulgar palestras na escola, ir nas ONGs e falar sobre isso. Mas é bom para quem esta participando, porém para outros que ficam só em casa, aí não sei. Talvez eles poderiam se dividir e passar nas casas para conversar. Porém, tem umas pessoas que levam a sério e entendem bastante o assunto, tem outras que vão dar risada. (A6)(EI)

Nota-se nas falas dos informantes que, apesar de a ONG buscar reforçar os ensinamentos sobre as IST/HIV/AIDS, há um esquecimento sobre os aspectos que envolvem as IST. Nas falas anteriores, bem como nas que seguem, pronunciam os esquecimentos e mostram a importância que dão ao HIV/AIDS e à camisinha como método de prevenção.

É uma camisinha que eu encontrei lá do outro lado da rua de casa. Essa é uma maneira de não transmitir a AIDS e o HIV. E também tem outras doenças, como já disseram aqui na ONG, mas eu não sei, só conheço essas duas. (A3)

[...] e têm aquelas balinhas, aqueles remédios para não pegar AIDS e HIV. É, [...], pílulas, eu me esqueci do nome. Eu aprendi aqui na ONG, mas eu me esqueci de tudo (risos). (A8)(EI)

Foi aqui na ONG que aprendi sobre essas coisas, mas eu não lembro sobre as doenças sexualmente transmissíveis, mas eu lembro sobre o HIV, acho que se uma pessoa pega o HIV, vai fazendo sexo com outros e vai passando. A não ser que ela use a camisinha para prevenir. (A9)(EI)

Tais declarações permitem ressaltar que esses adolescentes estão fragilizados pelo desconhecimento sobre as IST/HIV/AIDS e pelas suas formas de transmissão, ficando sujeitos ao adoecimento na perspectiva do referencial da vulnerabilidade (AYRES, 2003; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Nessa problemática, como pano de fundo, destaca-se o sentimento de vergonha, bastante verbalizado pelos adolescentes, compreendido como fator que entrava a fluidez das conversas com os pais, professores e outros profissionais acerca dos esclarecimentos sobre sexualidade e sexo. Tendo em conta os sentimentos relatados, dirigem-se à mídia, internet e outras fontes desconhecidas, de origem pouco segura, buscando informações relacionadas ao assunto, a fim de sanar suas dúvidas.

Envoltos nos diferentes contextos que compõem suas aprendizagens, aprofunda-se no tópico seguinte sobre o sentimento de vergonha, que foi fortemente grifado pelos adolescentes e, por isso, ordena a discorrer algumas considerações sobre essa temática com a pretensão de subsidiar a referida demanda, quando surgir nos serviços de saúde, na área de educação e no meio familiar.

6.1.1 Os elementos que reforçam as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas aos adolescentes

O sentimento de vergonha que paira nos contextos educacionais dos adolescentes sobre as IST/HIV/AIDS foi considerado um forte elemento que os vulnerabiliza no âmbito individual e social perante a possibilidade de adoecimento a essas doenças. Para melhor compreender essa questão, buscou-se fazer alguns aprofundamentos sobre a temática a fim de trazer conhecimentos que possam contribuir para achar soluções referente a esse sentimento tão presente na vida dos adolescentes.

O termo vergonha é descrito⁸ como um sentimento desagradável; associado ao receio do ridículo; desonra; timidez; acanhamento; ato indecoroso; sensação de perda da dignidade; humilhação; rubor nas faces.

Vergonha significa⁹ desonra humilhante; opróbrio, ignonímia; sentimento penoso de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem; sentimento de insegurança provocada pelo medo do ridículo, por escrúpulos; timidez, acanhamento e sentimento da própria dignidade, brio, honra (FERREIRA, 2010).

De acordo com essas definições, pode-se dizer que o termo vergonha possui uma diversidade de significados opostos, estando ora associados a um sentimento moral, ora a sentimentos imorais. Sendo assim, buscou-se aprofundar conhecimentos para entender o sentimento de vergonha sob um prisma ampliado. Certamente, não será tratado aqui de todas as dimensões da vergonha, tampouco das emoções em geral que as envolve, mas aproximar as fundamentações de acordo com pronunciamentos que emanaram dos adolescentes.

La Taille (2002) refere que a vergonha pode ser classificada em vergonha-pura, se está relacionada ao fato de a pessoa estar apenas sendo observada; vergonha-ação surge quando a pessoa ao realizar uma ação está sendo observada; vergonha-humilhação aparece quando a pessoa é ou teme ser rebaixada; vergonha-meta ocorre quando a pessoa teme não conseguir concluir algum objetivo; vergonha-padrão é produzida pela pessoa quando está fora dos padrões do grupo em que está inserida; vergonha-norma é motivada pela pessoa quando quebra algum acordo, norma ou regra; vergonha-contágio é ocasionada pela exposição de outro indivíduo.

⁸ Dicionário Editor da Língua Portuguesa (2015).

⁹ Dicionário Aurélio (2010).

O autor estabelece a relação entre vergonha e moralidade por intermédio do conceito de honra (ou autorrespeito), mostrando que o referido sentimento é condição necessária ao agir moral. Prossegue descrevendo que a personalidade humana obedece a um conjunto de representações de si, conforme a autoformação de conceitos, os quais remetem a valores (LA TAILLE, 2002).

Por sua vez, Lewis (1992) classifica a vergonha dentro de uma categoria que denomina de Constituição do Ser (*self*) porque surge a partir da elaboração de processos cognitivos complexos. Ao sentir vergonha, a pessoa compara sua ação, contrária ou não, ao referencial próprio ou de outras pessoas que lhes são significativas, envolvendo nesse processo uma autorreflexão negativa de determinada situação, seguida de introspecção.

Freud (1901-1905), em seus ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, liga o pudor à exposição do corpo perante o outro. A vergonha neste contexto se encontra unida às noções de honra e pudor. Na primeira infância considera que a criança é desprovida de vergonha por não compreender o obscuro. Mas, a partir de um determinado momento, surgem os diques da moralidade, emergindo a vergonha, vinculada ao desejo sexual sob a forma de uma curiosidade da criança, que transparece diante do outro e a mesma não consegue esconder ou dissimular sua intimidade (FREUD, 1996).

Jean Piaget (1994), ao lançar o livro “O Juízo moral na criança”, descreve que a criança, ao longo do desenvolvimento moral, passa pela evolução da consciência das regras, transitando pelas etapas da anomia, heteronômia e a autonomia. A anomia é o período em que a criança ainda não entrou no universo moral, não compreende as regras. Ao adentrar na heteronômia, ela ingressa no universo moral e começa a compreender as regras, marcado pela realidade moral, respeito unilateral e cumprimento da ordem por medo da punição. Na autonomia, ela adquire a consciência moral. Os deveres são cumpridos com consciência, conforme a necessidade e significação. Caracteriza-se pela colaboração social, respeito mútuo, sentimentos de responsabilidades e valorização dos significados.

Thomas Scheff define a vergonha como uma extensa família de emoções positivas e negativas, abrangendo interações sociais e constituindo-se em parte importante da consciência. Ressalta que essas interações sociais modelam o ser (*Self*); inclui que a vergonha é a emoção social por excelência, por entendê-la como sinal prudente do risco do rompimento de laços sociais em uma determinada

situação. A vergonha pode ser a cola que mantém relações e sociedades unidas e a vergonha não reconhecida é a força que os afasta (SCHEFF, 2013).

Bradshaw (1997) conceitua a vergonha como a emoção que deixa o ser humano saber que é finito. Na ação de envergonhar sendo envergonhado, envergonhar é induzir a vergonha no outro, acometendo ou aniquilando a dignidade de uma pessoa ou grupo. A vergonha pode ocorrer através de uma manifestação verbal ou física que ridiculariza o outro por meio da exposição pública de insultos ou ataque a uma pessoa ou grupo. É uma condição complicada e acompanhada, frequentemente, de tabu. As pessoas muitas vezes confundem vergonha com culpa quando envergonham outros. O autor classifica a vergonha da seguinte maneira:

- Vergonha de si- quando a pessoa sente que sua dignidade foi perdida;
- Vergonha x culpa- quando há uma violação de valores culturais e sociais, emergindo sentimentos de culpa de violações de valores internos;
- Vergonha x embaraço - quando alguém pode sentir vergonha por um ato que apenas a própria pessoa conhece, mas para que se sinta embaraçado, suas ações são reveladas aos outros. Há o desejo de entrar em um buraco e sumir das vistas para se esconder dos olhares daqueles que testemunharam o embaraço;
- Vergonha tóxica- é a vergonha patológica, induzida nas crianças, por todas as formas de abuso infantil;
- Vergonha religiosa- quando a religião atribui certo tipo de vergonha aos seres humanos, ao induzirem que somente Deus ou outros seres espirituais são perfeitos. Normalmente está relacionada à sexualidade e outras características carnis dos seres humanos;
- Vergonha substituta – refere-se à experiência de se envergonhar no lugar de outrem;
- Vergonha na sociedade - ao ser considerado um dos pilares da socialização em todas as sociedades, a vergonha está amparada em precedentes legais como um pilar de punição e correção ostensiva.

Sennett (2001) insere que a vergonha se traduz como tipo de controle silencioso que reflete a impotência de uma pessoa mediante a superioridade do outro. Trata-se de um controle exercido implicitamente e que insinua um nível de punição e representa um eficaz modelo de subjugação.

Mediante essas assertivas, faz-se necessário elucidar as expressões de vergonha expostas pelos adolescentes, avaliadas aqui como um fator limitador na prevenção das IST/HIV/AIDS. Em seus discursos, o sentimento de vergonha perpassa a ideia de que eles não procuram os serviços de saúde ou outra pessoa do seu convívio para sanar dúvida ou pegar a camisinha porque há a preocupação de que alguém possa ficar olhando e analisando-os.

É que tem muitas pessoas que têm vergonha de chegar no posto de saúde e pegar camisinha e de perguntar. Eu acho que os profissionais de saúde tinham que dar uma palestra, colocar mais cartazes porque as pessoas vão lá posto de saúde. Talvez os profissionais de saúde deversem dar um pacotinho de casa em casa, cada mês. Seria uma boa ideia porque, tipo, lá no posto tem camisinha, mas eles têm vergonha de pegar porque eles acham que todo mundo vai ficar olhando. (A1) (EC)

As mulheres do posto podem auxiliar porque muita gente tem vergonha de ir ao posto pegar a camisinha. Porque lá é sempre cheio de gente. Daí dá vergonha nas pessoas de ir buscar. A gente devia chegar no balcão e pedir para mulher camisinha, ela me alcança do balcão, eu pego e guardo e saio do posto. Eu preferia não ser visto. Porque as pessoas ficam olhando, dá vergonha na gente. Seria bom que tivesse uma moça para entregar para a gente meio discreta. (A3)(EI)

Observa-se uma atmosfera de subjugação à dominação da moral, do tabu e da cultura relacionada ao sentimento de vergonha manifestado pelos adolescentes. Isso é perpetrado por pessoas através de gestos, olhares, julgamentos ou até mesmo ridicularizações, que aos seus modos causam embaraços e os levam a desistirem de acessar os bens e serviços de saúde que lhes são de direito.

Em relação ao enfoque do desenvolvimento moral, foi identificado que esses adolescentes estão adentrando na etapa da heteronomia, sistema cujas normas vêm de fora. Compreende a consciência moral, compreensão das regras, cumprimento da ordem e respeito, obediência passiva aos costumes e reprovações da sociedade (PIAGET,1994).

Com isso, tomam consciência das necessidades de autoajustamentos perante os fenômenos da moralidade e das regras que incidem nos seus entornos, as quais de modo oculto modelam o seu “Ser” (*Self*), como salienta Sheff (2013), ao proferir que as interações sociais emolduram o *Self*.

Identifica-se que o sentimento de vergonha está presente no meio familiar, na escola e na ONG. Para ajudar nessa problemática, os adolescentes sugerem um espaço específico para entrega dos preservativos, assim como medidas alternativas

para a entrega desses bens e para o esclarecimento de dúvidas. Em alguns casos procuram elucidar na internet as questões de saúde ou a mãe se encarrega de falar sobre os problemas de saúde e fazer os questionamentos aos profissionais de saúde quando visitam o serviço por algum problema de saúde.

Eu tenho vergonha de ir lá ao posto pegar porque eu penso... Bah, chegar pegando camisinha lá. (A4)(AC)

Eu não falo em casa sobre essas coisas porque tenho vergonha. Quando tenho dúvidas, pergunto para minha professora, mas tenho vergonha de perguntar para ela (risos). Aqui na ONG eu também não pergunto porque tenho vergonha. Se eu tivesse que fazer uma pergunta íntima, eu não perguntaria. Eu já fui procurar na internet, vários trabalhos da escola, de ciências, de geografia, e essas coisas aí de AIDS e doenças. Eu sinto vergonha de ir no posto pegar camisinha. Eu nunca fui buscar, nem vou. Os profissionais de saúde podiam deixar uma sala específica, que não haja muita gente [...], e também ajudar a prevenir aconselhando. A maioria das pessoas tem vergonha. Então, eles podiam estar deixando uma caixa que as pessoas pudessem colocar suas perguntas e depois eles lerem e responderem individualmente. Tenho vergonha porque eu não conheço a pessoa que tá lá. Eu fiquei quieto, minha mãe que falou (risos). (A7)(EI)

Vai saber se não tem que pagar? (risos). Eu preferia ganhar do que ir lá pedir. (A8)(EC)

Alguns adolescentes declaram não ter o sentimento vergonha e afirmam que usam sempre o preservativo em suas relações sexuais. Estes sugerem que os profissionais devem realizar as palestras e falar sobre outras doenças, não apenas no HIV, porque acreditam que as pessoas desconhecem as demais doenças sexualmente transmissíveis, assim como eles, e uma vez orientadas, deveriam fazer a sua parte no cuidado à saúde.

Se eu fosse ter relação sexual, eu usaria camisinha sempre para prevenir as doenças. (A4) (EI)

Já mantive relação sexual, mas todas elas com camisinha que peguei lá no posto de saúde. Muitos têm vergonha de ir lá pegar, eu não tenho vergonha. Eu penso primeiro na minha proteção. (A6)(EI)

Eu não tenho vergonha de ir no posto pegar camisinha. Na hora das pessoas fazerem relação sexual, elas não têm vergonha, mas têm vergonha para buscar preservativo. [...], as pessoas que trabalham no posto de saúde deviam fazer mais palestras e não falar só do HIV, e sim falar das outras doenças, como por exemplo, eu não sei das outras doenças, só ouço falar do HIV, mas e as outras doenças? A gente não sabe se as pessoas têm doença ou não e às vezes elas nem sabem também, não sabem os sintomas que tem cada doença. Acho que se os profissionais fizer isso é o

suficiente, mas vai da pessoa também se prevenir se cuidar, tomar os cuidados, porque já estão sendo orientadas. (A10) (E1)

Transparece a escassez de informações que possuem sobre aspectos relacionados à saúde sexual, especialmente no que diz respeito à prevenção das IST/HIV/AIDS. Provavelmente, este pode ser o principal motivo para a tão falada vergonha que os deixam inseguros e inábeis para formular questionamentos aos profissionais, a outros ou até mesmo para tomarem atitudes perante o usufruto do preservativo disponibilizado gratuitamente pelos serviços de saúde.

Do mesmo modo, há reflexos da carência de vínculos dos adolescentes com os profissionais de saúde e educação, embora retratem que procuram os professores para o esclarecimento de dúvidas, especialmente os professores de ciências biológicas. Entretanto, dão a entender que há superficialidade na relação com o professor, perpassando a ideia de que muitos questionamentos ficam omitidos e, portanto, não são esclarecidos como ambicionam.

Essa realidade está explicitada nas evidências atuais anunciadas a respeito do ensino nas escolas sobre a sexualidade e as nuances envolvidas no tema. Ainda é priorizada a vertente biológica e anatômica do corpo humano na educação sexual e se mantém vinculada a tabus e mitos. Os adolescentes sentem-se constrangidos quando o assunto é abordado em sala de aula e a solução para o problema engloba esforços conjuntos, entre adolescentes, pais e escola, no sentido de reverem suas dificuldades no âmbito da sexualidade por meio de leituras, reflexões e discussões sobre a educação sexual (GONSALVES; SANTOS; MALAFAIA; MENEZES, 2016).

Diante da necessidade de ação conjunta, torna-se importante que a área da saúde se insira nesse espaço para desenvolver ações educativas em saúde. Com este propósito, o Programa Saúde na Escola (PSE) vem atuando na diminuição dos riscos e vulnerabilidades na adolescência e tem mostrado que o profissional enfermeiro é uma pessoa apta para promover saúde, tomando a frente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (MATOS *et al.*, 2016).

Sardinha, Santos e Bonafé (2015) comentam que, para melhorar o panorama de conhecimentos dos jovens, é preciso deixar de lado qualquer preconceito e vergonha do ensino sexual e promover em maior escala essa disciplina visando prevenir que os jovens da atualidade, por desconhecimento, contaminem-se com uma doença que pode ser prontamente evitada.

Nascimento (2015, p. 842) assegura que “a educação em saúde tem sido um desafio no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida”; reforça que transmitir apenas informações a respeito do funcionamento do corpo e descrição das especialidades das doenças para que os adolescentes e jovens desenvolvam atitudes de vida saudável não é satisfatório.

Além disso, Anjos, Silva, Pichelli (2014) incluem que se torna compreensível, ao contrário do que se possa imaginar no senso comum, que a vulnerabilidade em jovens não decorre apenas da falta de informações acerca dos mecanismos de contaminação, mas pode estar ligada a não compreensão exata ou aceitação da informação.

Em meio a isso, Ayres (2003) descreve que no plano das vulnerabilidades individuais, para além das informações transmitidas às pessoas, é necessário que estas estejam afinadas com o grau de consciência sobre os possíveis danos decorrentes dos comportamentos e que sejam capazes de transformar suas condutas.

Por conta dessas questões, observa-se que os adolescentes demonstram pouca compreensão sobre os danos que as IST/HIV/AIDS podem causar na sua saúde, pairando despreocupação e distanciamento a essas doenças. Alguns adolescentes dão a entender que elas são invisíveis, acometem os outros, e não a si próprio, condição que os vulnerabiliza e os suscetibiliza ao adoecimento a essas doenças. As conversas que seguem expõem essas afirmações:

Conversas sobre a foto - Ato sexual (EC)

A7: Essa foto é de um ato sexual. Eu acho que eles não estão usando camisinha.

A1: Eu pegaria uma camisinha?

A4: Não sei.

A9: Eu acho que tem que ver se a pessoa não tem AIDS.

A8: (risos) Eu fugia com ela.

A1: Fugir com ela? (risos)

A8: Eu vou embora, mas se eu tivesse relação com ela, eu ia usar camisinha (risos). E se eu não tivesse camisinha na hora, daí tem que usar sacolinha (risos, muitos risos entre todos).

A1: Que sacolinha é essa?

A8: Sei lá. (Não quis falar sobre o que significa sacolinha.)

A4: Vai depender se a menina tiver doença.

A1: Como é que tu sabe se ela tem doenças?

A8: Ah! Vai estar escrito na testa (risos)

A4: Não sei, ninguém sabe.

A1: Tão com vergonha de falar, se esqueceram? Se eu tivesse numa boate eu já levava uma camisinha. Mas eu não carrego camisinha comigo. É que eu não saio com a mente de dar para os outros, tipo, saio com a mente de sair e me divertir.

A4: Se eu tiver com a carteira, eu carrego camisinha.

A8: Eu não.

Os adolescentes dão a entender que é possível identificar se uma pessoa está contaminada com alguma IST/HIV/AIDS. Alguns indicam que não perderiam uma oportunidade de se relacionar sexualmente mesmo sem preservativo, enquanto que outros demonstram preocupações com a possibilidade da contaminação de doenças. Isso mostra que nesse grupo de adolescentes há uma mescla de preocupação e despreocupação com as relações sexuais protegidas.

Por meio desse diálogo, visualiza-se que o sentimento de vergonha está aparente entre os adolescentes. Isso mostra que mesmo com os seus pares, os adolescentes demonstram timidez para falarem sobre sexo e doenças sexuais. Foi identificado um jogo de empurra entre os adolescentes para ver quem falaria primeiro sobre os questionamentos realizados pela pesquisadora. A partir do encorajamento do primeiro falante, os diálogos fluíram, mas em alguns momentos ficavam truncados, e para compensar suas indecisões ou inseguranças, soltavam piadas, chacotas e risos, exigindo criatividade e esforços do investigador.

Diante desses ajuizamentos, infere-se que os adolescentes, embora pareçam liberais na atualidade, não são tanto quanto demonstram e, então, perante esses comportamentos, seria prudente que educadores/orientadores, ao almejam agrupar os adolescentes para educar sobre saúde sexual, tenham ciência sobre essas atitudes. Recomenda-se, assim, que previamente devam se preparar para conduzi-los e envolvê-los, localizando um eixo comum a todos, talvez entrando no jogo das brincadeiras e falando a mesma linguagem a fim de levar adiante os

objetivos propostos. Ao auxiliarem, precisam ajudar a transporem a timidez do grupo e/ou comportamentos evasivos para então proporcionarem a construção conjunta de saberes, a tomada de consciência e, somado a isso, a incorporação de práticas sexuais saudáveis, partindo da prerrogativa que os adolescentes reproduzem aquilo que os pares falam e fazem.

Nesse contexto, é válido mencionar que as mudanças nas práticas de cuidado à saúde sexual não dependem apenas dos adolescentes. É preciso um conjunto de ações, principalmente no que tange a avanços nas formas de prover a educação sexual que ensejem a tomada de consciência. Dentre essas ações, incluem-se o fornecimento de preservativos de modo facilitado e discreto; o enfretamento de obstáculos culturais; o acesso facilitado e seguro a meios confiáveis de comunicação; a formação de vínculos entre adolescentes e profissionais; e, sobretudo, a preparação dos pais para orientar com abertura, clareza e desenvoltura as instigações sexuais dos filhos.

A partir dessas constatações, salienta-se que o sentimento de vergonha é um forte elemento presente nos contextos de vida das pessoas e, especialmente, no universo dos adolescentes, sendo eles despreparados para lidar com essa situação. Desse modo, faz-se necessário lançar um olhar sensível para essa manifestação, que requer atenção especial nas atuações de cuidados à saúde sexual, bem como na elaboração de estratégias de prevenção dos adolescentes perante as IST/HIV/AIDS, vislumbrando, assim, reduzir as vulnerabilidades individuais e sociais desse público.

Compondo o micro e mesossistema dos adolescentes foram identificados os demais sistemas bioecológicos, exossistema, cronossistema e o macrossistema, concebidos como um conjugado de ambientes acoplados e interconectados semelhantes ao conjunto de bonecas russas, conforme descreve Bronfenbrenner (1996).

O exossistema, compreendido como uma extensão do mesossistema, envolve estruturas sociais específicas cujos adolescentes não têm muito contato, mas sofrem influências indiretas desse sistema em seus cotidianos. (BRONFENBRENNER, MORRIS, 1998). A exemplo, os baixos salários dos provedores que, possivelmente, impõe-lhes limitações com relação às atividades de lazer, padrão escolar, acessos às informações, acessos aos serviços de saúde,

moradia, alimentação e qualidade de vida, situações que, por certo, configuram-lhes vulnerabilidades sociais.

Outro exemplo que ajudaria a ilustrar o exossistema nos cenários dos adolescentes condiz com a possibilidade da ONG encerrar repentinamente as atividades que vem desenvolvendo, situação que afetaria de imediato os arranjos familiares (há pais que trabalham na ONG), as rotinas diárias e até mesmo seus desenvolvimentos, já que esta entidade tem papel importante na formação e preparo para a vida profissional dos adolescentes.

Por conta dessas implicações, considera-se que o exossistema é importante para os seus crescimentos e desenvolvimentos devido à influência que exerce nos processos familiares, nas redes de apoio sociais e na produção de acontecimentos econômicos e políticos avaliados como ingredientes fundamentais para os acessos, aquisições e expectativas sociais futuras.

Com tamanha importância, entra em cena o cronossistema, o qual envolve a contabilização cronológica do tempo e, por conseguinte, atravessa os demais sistemas, tendo em vista que é ao longo do tempo que ocorrem as transições das etapas da vida, os acontecimentos, fenômenos socioculturais e, conseqüentemente, as histórias de vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998; BRONFENBRENNER, 2011).

A propósito, amolda-se a esse enunciado os inúmeros acontecimentos indicadores da dimensão temporal vital e histórica, transcorridos nos processos de viver dos adolescentes, como o próprio crescimento e desenvolvimento, as edificações educacionais, as construções sociais e culturais, bem como suas histórias de vida, que embora não tenham sido exploradas na íntegra, pode-se captar situações que as caracterizaram.

Outros exemplos condizentes a esses acontecimentos são as mudanças no interior das famílias dos adolescentes (pais que se separaram e constituíram novas relações conjugais, nascimentos e óbitos); avanços de nível escolar; formação de novos amigos; alterações nos relacionamentos; os recursos materiais que provavelmente acenderam a urbanização do bairro onde residem; alterações e ajustes na programação das atividades na ONG; passagem da fase infantil à adolescência.

De igual modo, no que tange ao contexto das IST/HIV/AIDS, o cronossistema está contemplado, uma vez que a construção dos saberes a respeito

das respectivas doenças exigiu um determinado tempo para ocorrerem as aprendizagens dos adolescentes. O tempo também se encarregou de solidificá-las, a ponto de desencadear interesses, preocupações e demonstrações de cuidados à saúde, alinhados aos conhecimentos adquiridos.

Incluem-se nesse debate o microtempo, o mesotempo e o macrotempo. O microtempo condiz com os episódios contínuos e descontínuos relacionados ao processo proximal. Um exemplo é o tempo que os adolescentes levaram para aprendizagens e interpretações sobre o cuidado à saúde sexual. O mesotempo corresponde à periodicidade com que essas aprendizagens persistem, envolvendo as rotinas, disciplinas, limites e regras que adotam para si. O macrotempo está ligado à história de vida dos adolescentes, às vivências e experiências relacionadas ao cuidado com a saúde sexual, às interações com as pessoas e contextos, e aos eventos que possam influenciar o desenvolvimento saudável durante seus ciclos vitais (BRONFENBRENNER, MORRIS, 1998).

Com vistas no exposto, observa-se que o tempo se encarregou de lhes oportunizar vivências, envolvendo acontecimentos e situações relacionadas à contaminação com alguma IST ou HIV/AIDS, que os induziram a refletir sobre o exercício da sexualidade, drogas e outros componentes associados às infecções/contaminações. As falas que seguem mostram cenas transcorridas em um determinado tempo, as quais marcaram dois adolescentes e envolveram a AIDS, efeitos das drogas, preconceitos, depressão, tecnologias de informações e comportamentos das pessoas quanto ao cuidado de si.

[...] uma vez eu vi um vídeo de uma menina que pegou AIDS e ela não pensava em se tratar porque ficou muito deprimida. Ela passava chapada assim noiada, como nessa foto do Pato Donald. Ela não contou para os pais [...], quando ela foi contar, já estava fumando muita droga, ela consumia tudo quanto era tipo de droga [...], tinha pouco tempo de vida, ia morrer. Eu me lembrei dela quando vi essa foto do Pato Donald chapado. (A1) (E1)

Agora nessa época aqui, todo mundo tem um celular, um netbook, e quem tem televisão não sai de dentro de casa, fica assistindo novela, notícia. Vai no posto quando está doente precisando de remédio, mas duvido que vai no posto para pedir informação. Para fazer exames tem bastantes pessoas que vão lá, mas tem gente que não vai, fica só entocada em casa, sai nos outros lugares, mas não vai no posto para pedir informação. [...] vão para casa e não perguntam, daí acho que se passassem na televisão ou alguma rede social, acho que teria pessoas que olhavam mais. (A5) (E1)

Algumas dessas vivências, embora negativas, forçadamente agregam ensinamentos e aprendizagens sobre a prevenção das doenças sexuais aos adolescentes, oferecendo a eles a oportunidade de visualizar como as pessoas lidam com as situações que experienciam e, com isso, podem aprender o que fazer ou não fazer, se, porventura, surgirem circunstâncias semelhantes em suas vidas.

Nessa foto eu vejo uma mulher grávida. A relação dessa mulher grávida com as doenças sexualmente transmissíveis é que, às vezes, a pessoa não sabe que é portadora de alguma doença e ela pode passar para o filho, e essa criança quando cresce, pode sofrer preconceitos. Muitas pessoas têm nojo dessas pessoas que têm essas doenças. E quem sofre vai ser a criança, ela também pode morrer. [...], preconceito é quando as pessoas ficam julgando e têm nojo da pessoa que tem AIDS, nojo de sentar na cadeira que ela sentou, mas a AIDS não se passa por sentar na mesma cadeira. Ela só passa por relações sexuais e para o filho. Quando a mãe tá grávida pode passar pela transfusão de sangue e pela seringa, acho que é só isso. (A10) (E1)

No entanto, para além dos ensinamentos ligados às vivências, os adolescentes observam que as mídias fazem parte de seus cotidianos de vida. Referem que as pessoas optam por ficar em casa assistindo televisão ou navegando em celulares, computadores e *tabletes* do que pedir informações aos profissionais.

Diante desses pronunciamentos, a mídia foi considerada outro elemento que pode estar favorecendo as vulnerabilidades individuais dos adolescentes pelo fato de que as pessoas de seus convívios, que possivelmente lhes instruem, assim como os próprios adolescentes, podem estar acessando informações não confiáveis sobre os temas relacionados à saúde sexual e, com isso, compartilhando informações vagas.

Os adolescentes reforçam que a televisão pode ser uma fonte valiosa de difusão de informações sobre saúde, já que as pessoas passam boa parte do seu tempo em frente a ela. Pesquisadores da área, como Santaella (2014); Abino, David-Silva, Padua (2016), descrevem que a televisão ainda é considerada um dos meios de comunicação de massa mais democratizado atualmente. O telespectador faz uma interação mediada de múltiplas maneiras ao se deparar com as mensagens televisivas, e estas ficam arquivadas nas suas memórias. A partir delas ampliam um senso crítico e adotam comportamento ativo decorrente das imagens audiovisuais que assistem.

Para Raabe e Ribeiros (2016), a penetração das máquinas inteligentes (*tablets, smartphones*, entre outras) na vida das pessoas é uma realidade irrefutável e as mesmas modificam as relações que se tem com o mundo: a partir dos anos 1980, as famílias baseiam suas conversas nos programas televisivos e organizam seu tempo em função das programações. Isso não difere hoje da internet, que está em todos os cômodos da casa e na mão de cada membro da família. Até mesmo as igrejas renderam-se aos espetáculos de grandes auditórios ditados pela mídia; as escolas se inovaram criando laboratórios de informática e, recentemente, adquiriram *tablets* para que seus alunos possam acompanhar as aulas pelos livros virtuais.

Logo, entende-se que a mídia é uma ferramenta de discussão social que influencia e seduz as pessoas para adoção de hábitos e, portanto, pode contribuir expressivamente com a educação para saúde. No entanto, para que isso se efetive, é preciso que ocorram responsabilizações e discernimentos no uso dessas ferramentas, bem como devem ocorrer translações de conhecimentos científicos, por meio de fontes fidedignas e facilitadas, que chamem a atenção dos usuários e, sobretudo, dos adolescentes. As mídias possuem características que contabilizam o tempo porque são disseminadas a cada segundo, hora, dia ou por períodos, têm relação com contextos de vida pontuais ou históricos que caracterizam o cronossistema.

Desse modo, reconhece-se que o cronossistema é um sistema com peculiaridades e atributos que contribui com o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, representando um campo abstrato importante em suas vidas. Nele ocorrem as transições, mudanças duradouras e as significações. É um sistema que atravessa gerações, abrangendo as continuidades e descontinuidades das relações estabelecidas na sociedade, além de arquivar episódios passados que podem ser usados como modelo para delinear situações presentes e futuras.

Em outra dimensão, foram observadas as influências do macrossistema na vida dos adolescentes por meio da legislação e da cultura que rege os diferentes segmentos sociais em que estão inseridos, como educação, serviços e programas de saúde, habitações, transportes, lazer e religião, entre outros; abrange também os esteriótipos e preconceitos salientados pelos adolescentes com relação à epidemia do HIV/AIDS.

Ao interpretar o macrossistema, destaca-se outro elemento que contribui com as vulnerabilidades sociais e programáticas inseridas nos cenários de vida dos

adolescentes. A cultura de descarte desordenado de lixo nas ruas do bairro onde residem é motivo de preocupação dos adolescentes, tendo em vista que as camisinhas, seringas e agulhas usadas, de acordo com suas concepções, podem causar danos à saúde das pessoas. Foi identificado que existe uma infraestrutura para a coleta seletiva de lixo na cidade, inclusive a própria ONG tem a finalidade de fazer seleção e reciclagem. No entanto, existem hábitos/costumes de jogar lixo no chão de modo desordenado, levando a inferir que as entidades encarregadas da coleta não estão dando conta de atender às demandas. Por conviverem diariamente com esses cenários, os adolescentes estão adquirindo consciência e adotando para si uma conduta de cuidado na busca de um viver saudável, contribuindo, talvez, com a adoção de uma nova cultura de descarte adequado do lixo.

[...] se essa seringa foi usada não poderia estar ali [...], porque é lixo, apesar de que ali é um lixão, mas eles tinham que ter mais cuidados porque pode causar doenças, [...], tinham que ter botado no lixo as que usaram. (A2)(EI)

Aqui no bairro tem bastante seringa jogada no chão. Perto da minha casa achei essa daí [...] aqui perto da ONG tem. Às vezes tem ali descendo a rua. As pessoas a usam para a droga. [...], daí quando usam droga vão passando a seringa um para o outro, [...] eles pegam e jogam na rua e alguém pode se contaminar com essa doença da AIDS. (A3) (EI)

Tão importante quanto os outros sistemas bioecológicos, o macrosistema exerce influência direta e indireta na vida dos adolescentes por exprimir códigos e símbolos na comunidade, na cidade e no país em que estão inseridos, que os direcionam, ajudando-os a organizar e estruturar suas realidades de vida. Trata-se de um sistema aberto, amplo e complexo, que se alastra pelos demais sistemas bioecológicos, existindo nele uma imensidão de tramas contextuais e dissonâncias entre elas, contribuindo para as situações de vulnerabilidades expostas a eles e, por certo, repercutem de modo significativo nos seus processos de viver.

Perante esses achados, é notável o efeito da interlocução entre os níveis bioecológicos no desenvolvimento dos adolescentes. Mesmo que estejam a uma distância maior ou menor de seus convívios, contribuem com a formação de arcabouços que dão sustentabilidade para os arranjos e transformações, tanto no nível individual como no coletivo, que ocorreram durante seus ciclos de vida.

Com referência ao exposto, faz-se necessário lançar um olhar afinado para as vulnerabilidades sociais, que notadamente estão entrelaçadas nos cotidianos dos adolescentes perante as IST/HIV/AIDS e são confirmadas nas falas que seguem:

Sei lá o que pode ser feito sobre isso porque as camisinhas já são dadas, só basta agora elas quererem se cuidar bem. Só se faltar camisinha no posto, aí tem que comprar, e se não tem dinheiro [...] aí não sei como fazem. (A1) (EI)

Existe assim essa situação porque tem muitas pessoas que não têm ou não tiveram o dinheiro para comprar essa seringa, daí tem outra pessoa que empresta o líquido para ela e ela não esteriliza a seringa, daí usa direto, daí o outro tem o HIV e passa para ela. (A3)(EI)

Bom, no posto de saúde, eles dão camisinha, eles dão comprimido, tem várias pessoas que nem dão bola, daí tem menina na minha sala de 13 anos que esta grávida e sabendo que existe. Eles dão e nem precisa comprar, mas não se previnem. O problema é que às vezes falta camisinha nos postos e aí as pessoas tem que comprar, e se não tem dinheiro, acho que não se protegem. (A5) (EI)

Por meio das falas dos adolescentes, identifica-se que as situações de vulnerabilidades sociais circundam os ambientes em que convivem porque transparecem as dificuldades financeiras que passam para acessar o mínimo necessário para a preservação à saúde, como é o caso das dificuldades dos amigos e conhecidos para comprarem preservativos, caso estejam faltando na unidade de saúde.

Eu já ouvi amigos meus se queixar que não tinha camisinha no posto. Aí não tinham dinheiro para comprar [...] sei lá como fizeram. Acho que não se protegeram. (A7)

As camisinhas podem pegar na farmácia para comprar, se a pessoa não tem dinheiro para comprar vai no posto de saúde que tem de graça. É que às vezes não tem no posto, daí tem que comprar, [...] vai saber se as pessoas têm dinheiro. (A9) (EI)

A mesma dificuldade financeira é narrada sobre a compra de agulhas e seringas usadas nas tatuagens, mostrando as condições precárias e insalubres em que são realizadas as tatuagens. Com isso, fica subentendido que há uma demanda de pessoas fazendo tatuagens nessas condições, as quais pela falta de recursos financeiros não procuram um profissional especialista na área. Inclusive, os próprios adolescentes podem estar fazendo tatuagens dessa forma, visto que fornecem uma riqueza de detalhes sobre a maquininha que é utilizada para esse fim.

Essas agulhas podem trazer problema para a saúde das pessoas porque [...] todo mundo vai querer fazer uma tatuagem e vai ali num tatuador que não é profissional, [...], porque tem que pagar ou elas fazem em casa com a maquininha caseira, e nem trocam a agulha [...] daí vai juntando sangue e vai passando um para o outro. Eu acho que eles deveriam sempre usar uma vez a seringa, se for botar em outra pessoa, compra outra seringa. É que às vezes as pessoas não têm dinheiro para comprar outra seringa?(A3) (EI)

Embora se entenda que a vulnerabilidade social não seja sinônimo de pobreza, concorda-se que esta condição pode agravá-la, como bem explica Ayres *et al.* (2003), de que a vulnerabilidade social é o espelho das condições de bem-estar social. Abrange moradia, acesso aos bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, entretanto, quanto menor for a possibilidade de acesso aos benefícios e capacidade de interferir nas instâncias de tomadas de decisão, maior será a vulnerabilidade.

Chama atenção o fato de que os adolescentes contam as histórias de amigos e conhecidos sobre os acessos aos preservativos, sem fazer uma referência própria. E os amigos e conhecidos, por sua vez, não demonstram ter comportamentos adaptativos na falta do preservativo, levando a crer que não incorporam atitudes de prevenção nas suas práticas sexuais.

Essa realidade assemelha-se aos resultados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com alunos do 9º ano de escolas públicas e privadas entre os anos de 2012 e 2015. Esta mostrou que em 2015, 27,5% dos alunos do último ano do ensino fundamental disseram já ter tido relação sexual alguma vez. Destes, 66,2% disseram ter usado camisinha na última relação sexual, o que significa que um terço (33,8%) dos jovens não tinha usado preservativo quando tiveram relações na última vez antes da pesquisa. Em 2012, 28,7% disseram já ter tido relação sexual e 75,3% usaram camisinha. Em apenas três anos, houve uma redução preocupante de nove pontos percentuais, na proporção de jovens que usaram preservativo (BRASIL, 2012f).

Submergindo sobre essas constatações, é interessante mencionar que esse fato parece não estar relacionado com a falta de informações. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012, 89,1% dos escolares receberam informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS na escola. A região Sul (91,4%) obteve o maior percentual; a região Sudeste (87,9%), o

menor. A proporção dos alunos entrevistados que receberam orientação na escola sobre como adquirir preservativos gratuitamente foi de 69,7% (BRASIL, 2016a).

Diante desse quadro, é possível afirmar que a informação existe, porém a grande questão que paira é como estão sendo transmitidas e o quanto estão sendo absorvidas pelos jovens. É fato que desde a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007 tem havido esforços na educação de escolares para a promoção à saúde, na tentativa de contingenciar as vulnerabilidades às quais esta população está exposta. Recente estudo identificou maior exposição dos adolescentes às IST/HIV por não usarem adequadamente métodos de prevenção, associados à falta de conhecimento e acesso a eles (MACHADO *et al.*, 2015).

Outra investigação reafirma que os adolescentes não usam o preservativo sempre nas relações sexuais. Os motivos são achar desconfortável e diminuir o prazer sexual, não ter por perto, não se lembrarem, falta de condições financeiras e carência de informação (JARDIM *et al.*, 2013).

Nessa mesma pesquisa foi averiguado que os adolescentes da escola pública têm a primeira relação sexual mais cedo que os da escola particular. Os professores e pais dos alunos das escolas particulares exercem importante função como fonte para informação acerca da sexualidade na adolescência (JARDIM *et al.*, 2013).

No entanto, tanto na escola da rede pública quanto na escola da rede particular, os adolescentes mostraram ter níveis muito próximos de conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis, assim como dos preservativos. Provavelmente, as iniciativas de instituições na educação sexual têm surtido efeito positivo na prática sexual e no conhecimento dos adolescentes. As variáveis, conhecimentos e uso de preservativos não são diretamente proporcionais (JARDIM *et al.*, 2013).

Essas verificações remetem a Nascimento (2015), que informa, nas orientações sobre saúde sexual nos contextos educacionais há um distanciamento entre o que se ensina e o que se aprende. Tal entendimento não tem intenção de culpabilizar ou desqualificar os educadores que também passam por desafios, por não se sentirem preparados para desenvolver essa temática e também encontram resistências ao chegarem às instituições de ensino.

Russo e Arreguy (2015) expõem que os professores relatam não saber como lidar com as várias situações relacionadas à sexualidade dos/as alunos/as e

recorrem às próprias crenças religiosas, educação e história de vida, quando necessário. Entretanto, existem exceções como dos(as) professores/as, com especialização em políticas de prevenção, que demonstram ter interesse em realizar formação continuada sobre o tema da orientação sexual. Porém, a maioria declara que em sua formação nunca teve acesso a nenhuma discussão sobre o tema sexualidade do adolescente.

Afora isso, não encaram a educação sexual como um tema transversal. Para a maioria dos professores, a orientação sexual seria mais bem trabalhada por docentes relacionados à área da biologia e/ou convidados especialistas da área da saúde. Além disso, a distribuição de preservativos na escola é um ponto conflituoso, uma vez que consideram desperdício de dinheiro comprar dispensadores e insumos para o acesso facilitado do preservativo, relacionando-se à promiscuidade e correlacionam à estimulação dos jovens para fazerem sexo (RUSSO; ARREGUY, 2015).

Na visão dos pesquisadores Scaratti *et al.* (2016), tanto os educadores como os enfermeiros são desafiados não só a fornecer educação específica para os adolescentes, mas também articular espaços que possibilitem a troca de saberes e práticas sobre a sexualidade entre alunos e professores. Nenhum setor da saúde ou educação é capaz de, separadamente, realizar ações necessárias para o desenvolvimento saudável e responsável dos adolescentes e jovens. Muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde dessa população têm fracassado por possuírem um foco estreito e isolado, resultando, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar a esse público.

Infere-se, portanto, que o êxito das ações de educação sexual não depende somente da implantação de políticas e projetos de prevenção e promoção à saúde. Há que se pensar em estratégias de orientação sexual, que dialoguem com as realidades de vida dos educandos e educadores, atentando para as limitações de ambos, e de igual modo, para as circunstâncias financeiras e socioculturais que os afetam.

Ademais, emerge proporcionar acessos facilitados e individualizados aos bens e serviços para os adolescentes, considerando que se sentem inseguros e constrangidos, mas não possuem atitudes autônomas para usufruir dos direitos e benefícios em saúde.

Nessa instância, cabe, ainda, fazer referência aos direitos humanos e sobre os acessos aos bens e serviços de saúde, circunscritos nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo necessariamente nas situações de vulnerabilidades, já que grande parte das ações e dos serviços de saúde é voltada aos grupos em condições de vulnerabilidades e prestada no âmbito da rede de serviço geral do SUS.

Com referência ao mencionado, cabe lembrar os princípios elementares do SUS, os quais são: universalidade, equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e integralidade da atenção, os quais se operacionalizam pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização (SOUZA; LIMA; VIEIRA; SALDANHA, 2015).

A respeito da conjunção dos princípios do SUS, direitos humanos e acessibilidade, Aith e Scalco (2015, p.47-48) descrevem:

Quatro grandes princípios do SUS são extraídos do artigo 196 da Constituição Federal. De acordo com esse artigo, o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Derivam daí os princípios da universalidade do sistema, da igualdade no tratamento dado pelo Estado à saúde de todos. Significa dizer que as ações e os serviços públicos de saúde, realizados, portanto, pelo SUS, devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem e devem ser fornecidos de forma igualitária. De tais princípios decorre que as ações e os serviços de saúde devem ser prestados sem discriminações de qualquer natureza e gratuitamente para que o acesso seja efetivamente universal. (p. 47-48)

Importante observar o que Gruskin e Tarantola (2012, p.30-31) descrevem sobre o assunto: “a utilização dos padrões de direitos humanos nos sistemas de saúde requer atenção quanto à sua disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados entre diferentes grupos populacionais”.

-A disponibilidade requer que a saúde pública e as instalações, bens e serviços de assistência à saúde, assim como os programas, sejam oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos disponíveis aos governos;

-Acessibilidade requer que as instalações, bens e serviços de saúde sejam alcançáveis por todos sem discriminação, incluindo-se gêneros e outras formas reconhecidas de discriminação, tais com condição socioeconômica, comunidade de origem e distância entre o local de moradia e área urbana;

-Aceitabilidade demanda que as instalações, bens e serviços de saúde sejam culturalmente apropriados às populações atendidas;

-Instalações, bens e serviços de saúde devem ser apropriados do ponto de vista científico e médico e de ótima qualidade (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012, p.30-31).

Complementando, quanto ao contexto das vulnerabilidades, França-Júnior e Ayres (2004, p.68) reconhecem a necessidade de atentar para os direitos humanos nos serviços de saúde, ao referirem que “a identificação das possibilidades e dos limites da interlocução entre a saúde pública e os direitos humanos pode reforçar a perspectiva de que o bom cuidado em saúde e acima de tudo um direito humano”.

Partindo desses conhecimentos e das falas dos adolescentes, é importante observar a transposição na prática do princípio da equidade no acesso aos serviços e ações de saúde, no que tange à prevenção das IST/HIV/AIDS. Acredita-se que é preciso operacionalizar melhor os vários elementos que envolvem a acessibilidade dos adolescentes aos serviços de saúde. Entre eles, enfatiza-se a importância de haver desdobramentos nas ações de acolhimento, visto que a forma como serão recebidos influenciará o tipo de relação que estabelecerão com a equipe de saúde.

Sato e Ayres (2015) sustentam o entendimento de que na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável por garantir o acesso ao sistema de saúde, o acolhimento torna-se especialmente importante. Ao chegar ao serviço, o indivíduo pode estar em situação de vulnerabilidade e a forma como é recebido influencia o tipo de relação que será estabelecida com a equipe. Porém, na tentativa de dar resposta ao, muitas vezes, volumoso contingente de pessoas que buscam assistência, os profissionais automatizam o atendimento e, de modo mecanizado, conduzem a escuta e a assistência, fato que se distancia da lógica de acolhimento.

Sobre essas questões, entendeu-se que os acessos limitados aos bens e serviços de saúde constituem-se elementos que vulnerabilizam os adolescentes no âmbito individual social e programático perante as IST/HIV/AIDS. A começar pela ação específica de distribuição de preservativos cujo fornecimento tem se dado na atualidade de modo restrito e não individualizado, assim como seringas e agulhas têm sido distribuídas de forma cingida e cercada de suposições e indagações no ato da entrega.

No estudo de Godoi e Brêtas (2015), o item aquisição do preservativo na Unidade Básica de Saúde revelou que alguns participantes afirmaram não conseguir adquirir preservativo pelo fato de serem menores de idade. As unidades de saúde

fornece o insumo gratuitamente, mas configuram a entrega em um espaço hostil para os segmentos da adolescência (TAVARES, 2012; SILVA, GUIMARÃES, 2015).

Da mesma forma, no contexto das drogas, há um descompasso das políticas públicas sobre drogas nos campos da segurança e da saúde pública, as quais carregam sinais das políticas proibicionistas pautadas, até o presente momento, no ideal de abstinência e na ideologia norte-americana da guerra às drogas. A implementação da redução de danos conquistada no espaço na agenda pública brasileira a partir da década de 90 ainda se apresenta incipiente (MACHADO, BOARINI, 2013).

O ideal seria que os preservativos e *kits* de seringas/agulhas fossem disponibilizados nos ambientes onde os adolescentes frequentam e colocados estrategicamente em banheiros de escolas, baladas, *shopping*, cinemas, barzinhos, *pubs*, praças, entre outros, favorecendo, dessa forma, a individualidade tão almejada por eles. Nessa perspectiva, reforça-se que operar sob a ótica da acessibilidade diante dos aspectos relacionados à prevenção das IST/HIV/AIDS representa atenuar as situações de vulnerabilidades no âmbito individual, social e programático.

Sumariamente, entende-se que para efetivação dessas ações, é condição essencial o envolvimento de todos os atores e deliberações programáticas; contudo, isso não basta, já que é imprescindível mobilizar os adolescentes e jovens para acessarem os materiais disponibilizados gratuitamente, assim como desenvolver neles a (co)responsabilização para a efetiva proteção de modo contínuo e assíduo nas relações sexuais, uso de drogas e tatuagens.

Outro elemento que remete às vulnerabilidades sociais e programáticas corresponde ao medo dos adolescentes em adquirir alguma IST e, em especial o HIV/AIDS. Associado ao medo, há uma cultura de preconceitos e estigmatizações, decorrentes das disseminações construídas pelo senso comum, que sobrecarregam os eventos ligados a essas doenças de temores, insígnias e marcas. Com isso, cooperaram com a construção social pessimista a respeito das doenças sexuais, principalmente quando se trata da AIDS, que apesar de terem ocorrido mudanças no seu perfil epidemiológico, ainda ocorrem associações com fraqueza, promiscuidade e morte.

A fala que segue mostra uma cena de estigmatização que contorna os contextos sociais dos adolescentes perante as IST/HIV/AIDS, abrangendo os vários sistemas bioecológicos: o microsistema, pela inclusão de familiares; o

mesossistema, inclusão de vizinhos; o cronossistema, inclusão das experiências de conhecidos transcorridas em um determinado tempo; e o macrossistema com a inclusão de situações socioculturais e circunstâncias programáticas.

Os problemas que pode trazer para a nossa saúde e a dos outros é que pode além da doença ter a rejeição. Muitos vão dizer que ele tem AIDS e não vão querer conversar com ele, [...] ele vai se sentir meio afastado [...] as pessoas são diferentes umas das outras, umas aceitam bem e a outra não, maior parte da família acabam não aceitando, daí por isso eles acabam ficando com medo, vergonha, acabam saindo de casa e ficam a mercê de qualquer pessoa que tá andando na rua. (A6)(EI)

É possível identificar nessa narração a estigmatização social do HIV/AIDS que se implanta na vida da pessoa infectada, a qual procura ocultar a doença, além de manifestar sentimentos de medo, vergonha, infelicidade e solidão. Torna-se segregada dos familiares, padecendo no ambiente social e, por não ter adotado cuidados com a prevenção, passa a ser referência para os adolescentes, que se sensibilizam com a condição e despertam para o agir diferente.

Por meio do ocultamento da doença, existe uma estratégia de vivência social da pessoa infectada, porém nesse campo de preconceitos, por ter falhado nos esforços de prevenção/proteção, pode ser verificada a ocorrência de culpabilização. No relato referido, é notório que os modos de transmissão do HIV/AIDS, provavelmente, têm mais razões sociais do que individuais, e compreender isso é de suma importância para que o cuidado não seja restrito ao individual, mas também voltado às implicações sociais que afetam os seres humanos.

Na fala mencionada, é possível identificar o abandono dos familiares diante do diagnóstico de HIV/AIDS, provocando isolamento ou saída do indivíduo infectado de casa. Essa situação mostra como se sucedem os arranjos familiares mediante a doença, produzindo efeitos no imaginário dos adolescentes, não somente em nível de prevenção, mas também após contaminação pela estigmatização associada à pessoa.

O estigma se constitui uma prática antiga, descrito por Goffman (1891), em séculos passados, ao expor que os gregos obtinham vasto conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais buscavam evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Guimarães e Ferraz (2002, p.78) incluem que “o

estigma é uma construção social, eminentemente de natureza relacional, legitimada pelo olhar do outro”.

Desse modo, institui-se que os preconceitos e as estigmatizações sobrepujados nas pessoas com HIV/AIDS, inseridas nos contextos de vidas dos adolescentes, foram construídos e legitimados socialmente, mostrando as visões de mundo que os componentes sociais têm sobre a doença, condição que contribui com as situações de vulnerabilidades que os rodeiam.

Na sequência, ao adentrar em outro universo – o das drogas – também consideradas elementos que vulnerabilizam os adolescentes nas dimensões individual, social e programática devido às intersubjetividades e interconecções das mesmas com seus contextos de vida.

Há evidências de distribuição e uso aberto em territórios múltiplos, perto das casas, meio escolar e ruas do bairro onde os adolescentes residem, que aparentemente estão naturalizadas por todos. Essa aproximação pode levá-los a dois caminhos: o desenvolvimento de competências para lidar com o mundo das drogas a partir da convivência com os efeitos negativos reproduzidos pelos usuários; ou a possibilidade de ingressarem na drogadição, já que a impressão é de que se desejarem experimentá-las basta esticarem os braços e terão com facilidade o acesso às drogas.

Eu vejo muita gente aqui no bairro [...], andam com o baseado na mão, a gente vê que muitos nem têm condição de andar na rua por causa do jeito que estão chapados. Eles chegam a oferecer para a gente na rua. A gente corre bastante risco porque essas pessoas andam de carro e de moto [...] dizem que enxergam muita visagem fumando essas coisas, e vai que gente tá passando na rua e acham que a gente é um bicho e atropelam a gente. (A2)(EI)

Eu acho que as pessoas deveriam cuidar onde jogam as seringas. Eles jogam às vezes em lugares movimentados, aí passa uma pessoa e a seringa tá de pé com uma agulha que pode furar o pé e pegar o HIV, sem ter feito nada. (A3)(EI)

Essa imagem é de uma seringa com agulha. Ela deve ter sido usado com drogas injetáveis e foi passada de um para o outro. Aqui no bairro tem muita gente que usa direto drogas. Pode passar pelo sangue o HIV e a AIDS e pode prejudicar a outra pessoa. [...], a gente tem que se cuidar não usando as mesmas coisas que o outro usou, por exemplo, um cortador de unha, uma seringa, porque poderia pegar alguma doença transmissível pelo sangue e até me prejudicar no sentido da saúde. (A7) (EI)

Essas narrações sobre o uso explícito das drogas, assim como o compartilhamento de seringas e agulhas, o desprezo indevido de seringas e agulhas no meio ambiente são enfatizadas na entrevista coletiva, conforme segue:

Conversa sobre a foto- Seringa no lixo

A9: Eu acho que alguém pode ter deixado essa seringa no lixo, pode ter sido usado com drogas. Tem muita gente que usa drogas aqui no bairro. A gente vê no lixo aqui muitas seringas e camisinhas usadas.

A2: É mesmo, em tudo que é esquina a gente vê alguém se drogando. Acho que eles usam a mesma seringa. Vai saber? Quando vou para casa eu vejo, perto da escola, os grupinhos de piás e meninas, até aqui perto da ONG tem bastante.

A8: Aqui em volta tem muito lixo sim, com seringas que usam nas drogas. Camisinhas que já foram usadas.

Constata-se, que os adolescentes estão fazendo uma denúncia sobre a dura realidade da comunidade na qual vivem, com a oferta explícita de drogas, mostrando-se inseguros e também tolerantes ao uso dessas substâncias na sociedade em que convivem. Tem-se a impressão de que muitos dos usuários são adolescentes que caíram na rede do tráfico pela oferta facilitada e, por certo, tornaram-se viciados e dependentes.

Essa foto é do Pato Donald, ele já fumou muita maconha, eu penso que ele está drogado. É que muitas meninas e os meninos também ingerem drogas ilícitas aqui [...], e aí eles perdem os sentidos e saem fazendo coisas erradas [...], na hora eles nem se tocam de estar usando a camisinha e também se usou o comprimido ou não. Aí acontece que podem pegar uma doença transmissível. Daí eles já tinham que ter ido prevenido porque já sabiam o que iam fazer. (A1) (E1)¹⁰

[...] é uma seringa que foi usada por alguém que usa drogas e pode ter uma dose do vírus do HIV. [...], tem várias situações que ela pode ser usada. Pode ter sido usada por uma médica. (A2)(E1)

Essa realidade aplica-se bem à situação que se vê hoje no Brasil. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015, com estudantes do 9º ano em escolas públicas e privadas de todo o país, a maioria entre 13 e 15 anos, divulgada pelo IBGE, mostra que 9,0% dos escolares do 9º ano do

¹⁰ “Fazer coisas erradas - é quando os meninos e meninas ingerem drogas e colocam a saúde em risco.”

ensino fundamental já usaram drogas ilícitas, sendo esse percentual de 9,5% entre os meninos e de 8,5% entre as meninas. Os alunos de escolas públicas (9,3%) referiram com mais frequência a experimentação de drogas ilícitas do que aqueles de escolas privadas (6,8%). A pesquisa enfatiza que é na adolescência que se estabelecem hábitos que serão levados pela vida adulta (BRASIL, 2016a).

Em nível mundial, a situação se assemelha. O recente relatório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) informa que 5% da população adulta, ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usaram pelo menos uma droga em 2014. Cerca de 12 milhões de pessoas usam drogas injetáveis e 14% destes vivem com HIV. A maconha é a droga mais usada ao redor do mundo. Dados de 2014 mostram que cerca de 183 milhões de pessoas fizeram uso da droga nesse ano, enquanto anfetaminas ocupam o segundo lugar (ONU, 2016).

Essas veracidades relacionadas às drogas cogitam a refletir sobre as suscetibilidades dos usuários perante as IST/HIV/AIDS, não só pelo uso comum de seringas e agulhas bastante citado pelos adolescentes, mas também pelas prováveis relações sexuais desprotegidas, o que é comum acontecer nesses casos.

O compartilhamento de seringas é considerado uma via de contágio altamente eficaz do HIV, que resultou em uma rápida expansão da epidemia entre pessoas que injetam drogas em inúmeros países.

Por conta dessa prática, estima-se que existam cerca de 15,9 milhões de pessoas que usam drogas injetáveis vivendo em 158 países pelo mundo, especialmente nos de renda baixa e média. Até 10% de todos os contágios por HIV acontecem por uso de drogas injetáveis, o que significa que globalmente possa haver até 3,3 milhões de pessoas que usam drogas injetáveis vivendo com HIV. Mulheres, jovens, população de rua, novos usuários de drogas injetáveis e detentos são particularmente vulneráveis ao HIV (IDPC, 2017).

Diehl e Leite (2017) confirmam que sexo e drogas, quando associados, têm forte afinidade com sexo desprotegido, iniciação sexual precoce, comportamento sexual de risco, gravidez indesejada e até a violência sexual.

Na voz de A10, é possível identificar um cenário que se assemelha a este enunciado:

Essa foto é de uma seringa. É que tem algumas doenças que não são passadas só pelas relações sexuais, mas também pelo sangue que tem nas seringas e agulhas que foram usadas por uma pessoa que usa drogas. [...]

o HIV e a AIDS, que eu sei, são essas transmitidas pelo sexo e pelo sangue. Não sei se tem outras doenças, mas o problema é que o vírus pode ser passado para um bebê quando está na barriga da mãe. Ele pode nascer portador dessa doença. [...] tudo isso por causa de uma seringa contaminada. (A10)

Soares *et al.* (2015) evidenciaram comportamentos de risco para IST/AIDS entre os escolares de ambos os sexos. De modo mais específico, observaram alta prevalência de uso do álcool antes das relações sexuais e práticas de sexo oral e anal, associadas ao não uso de preservativos.

Na mesma linha de investigação, Sanchez *et al.* (2013), ao testarem a hipótese de que os comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes estão associados ao uso legal e ilegal de drogas, constataram que consumo excessivo de drogas ilícitas foi associado à relação sexual desprotegida. Da mesma forma, Reis e Oliveira (2015), ao identificarem aspectos relacionados ao consumo alcoólico entre estudantes, constataram que a vida sexual é frequente entre os que já fizeram uso de álcool na vida, e sob o efeito do álcool os estudantes nem sempre usavam preservativos.

Por meio desses comportamentos, são alimentadas as cadeias de transmissões das IST ou HIV/AIDS. Deduz-se que por trás dessas situações há o que descrevem Diehl e Vieira (2017), ou seja, a sensação de que nada vai acontecer “comigo”, tudo tem que ser para hoje, pressão do grupo e busca pelo novo, encontram a ambiguidade entre razão e sentimento, tornando o adolescente suscetível a fazer sexo sem proteção.

Essa sensação de que “nada vai acontecer comigo” traduz-se em um pensamento mágico comum que acontece com os adolescentes. É explicado por Lindenmeyer e Ceccarelli (2012) como uma tentativa de escapar das ansiedades e conflitos, dos desprazeres do mundo externo e interno. É como se o ato de pensar pudesse controlar, explicar e até mesmo modificar a realidade, além de oferecer a impressão de estabelecer uma relação causal entre dois eventos isolados.

A fala que segue retrata essa relação:

Essa situação de ter pessoas com HIV e AIDS no mundo porque que elas não se cuidam, elas não se previnem. Pensam que podem fazer de tudo e não acontece nada com elas. [...] não se cuidar é, tipo, ter relações sexuais com pessoas contaminadas por essas doenças, usar seringas e agulhas com sangue de outros, usar coisas que foram usadas por outras pessoas [...] elas não procuram fazer um exame para saber se tem alguma doença, a

mãe quando tem um filho às vezes também não procura fazer o exame, ver se ela tem alguma doença que passar para o bebê. (A10)

De acordo com a UNICEF (2011), o uso de drogas, ainda que esporadicamente, torna as pessoas propensas a se envolver em episódios de violência, fazer sexo de forma desprotegida e se expor a doenças como a hepatite e a AIDS, a acidentes no trabalho e até mesmo ao abuso sexual. O uso de maneira constante representa comprometimento da saúde física e psíquica, a degradação de relações familiares e comunitárias, o desemprego. Por isso, quando atinge os adolescentes, o consumo de drogas é um fator de vulnerabilidades que merece atenção.

Observa-se que os eventos com drogas acontecem nos micros e mesoambientes dos adolescentes e não passam despercebidos por eles, assim como, oportunamente, algumas ocorrências são refletidas pelos adolescentes. Alguns demonstram insegurança e desprezo pelos usuários de drogas, outros não se manifestaram a respeito, mas, no geral, não se atêm aos riscos a que, diariamente, estão expostos. Também demonstram aparente despreocupação com as realidades que presenciam e convivem naturalmente com o mundo das drogas em seus cotidianos, possivelmente pelo fato destas estarem espalhadas nos ambientes em que convivem.

Afunilando olhares para esse panorama, percebe-se a teia de situações de vulnerabilidades envolvidas no processo de drogadição, tendo em vista que o uso de drogas na sociedade abrange processos sociais, culturais, políticos e educacionais. Moreira, Vovio e Micheli (2015) inserem que as considerações sobre vulnerabilidade no contexto das drogas são importantes porque ajudam a perceber que a prevenção ao consumo abusivo de drogas será tanto mais efetiva quanto mais considerar a diversidade de fatores a ela vinculados, especialmente a dimensão sociocultural do problema, superando, assim, o olhar estritamente médico-biologizante.

Considerando a associação entre o conceito de vulnerabilidade e a chance de a pessoa se expor a determinado risco ou agravo, fica evidente que a convivência dos adolescentes com usuários drogas os vulnerabilizam no plano individual, já que o enfrentamento a essas situações vai depender das informações que detêm sobre as drogas e como se percebem em risco. Como referem Ayres et

al. (2006), a percepção de risco e o desenvolvimento emocional são considerados elementos da vulnerabilidade individual.

O consumo de drogas é uma situação de vulnerabilidade social, visto que não resulta apenas de aspectos individuais, mas também contextuais, dentre eles as desigualdades econômicas e sociais que ocasionam maior suscetibilidade, dependendo de quantos recursos e acessos os indivíduos disponibilizam para se protegerem contra as drogas.

Da mesma forma, a vulnerabilidade programática pode ser observada no contexto dos adolescentes devido à insuficiente ação de prevenção do Estado, tendo em vista as exposições abertas e visíveis que acontecem por todo lado no bairro onde residem e possivelmente fora dele.

Nessa linha de pensamento, Nonticuri (2010) declara que, mesmo com o movimento nacional antidrogas, assiste-se o consumo abundante destas, o que mostra o quão insuficiente é o papel do Estado nesse contexto, que, por sua vez, tem apresentado mecanismos de repressão com políticas públicas cada vez mais seletivas, fragmentadas e focalizadas. É mais rápido condenar o usuário de drogas que dispensar tempo com a prevenção. Tal realidade tem repercutido na vida dos jovens que se envolvem com drogas, criando histórias dramáticas, com a presença de doenças psíquicas associadas à violência, abandono e morte.

A autora insere que está instalado o desafio da questão social gerada pela dependência química, estruturada na ilegalidade, mas também, de modo sutil, com a legalidade e influência econômica, bem como, politicamente, as decisões governamentais. Em consequência, as políticas sociais buscam a defesa dos direitos e a proteção social, enfrentando as dificuldades oriundas do enfraquecimento do Estado e a precariedade dos recursos, do preconceito e criminalização do usuário (NONTICURI, 2010).

Na tentativa de reduzir os danos ocasionados pelas drogas, vários governos e comunidades começaram na década de oitenta a adotar enfoques de redução de danos para reagir à crescente epidemia de HIV entre a população usuária de drogas. Hoje, a redução de danos é apoiada por inúmeros países e territórios de todos os continentes. Esse movimento inclui políticas e programas que visam reduzir os danos à saúde, sociais e econômicos associados ao uso de substâncias controladas (IDPC, 2017).

Esta proposta encontra-se bem enraizada nos fundamentos da saúde pública e dos direitos humanos, adotando um enfoque pragmático e imparcial para abordar os problemas associados ao uso de drogas; envolve o reconhecimento de que indivíduos e comunidades devem ser alimentados com informações e ferramentas para reduzir os riscos associados ao uso de drogas (IDPC,2017).

Nessa perspectiva, entende-se que a educação é parte imprescindível para a redução das vulnerabilidades aqui apresentadas. A falta dela predispõe a desvantagens sociais e econômicas, acabando, dessa forma, por perpetuar a drogadição.

Os adolescentes não foram questionados sobre os conhecimentos que possuem a respeito das drogas por não estarem incluídos na proposta do estudo, pairando dúvidas sobre essa questão. Entretanto, estudos advertem que na adolescência há conhecimento limitado, reduzido e simplista sobre drogas e os jovens experimentam essas substâncias psicoativas, muitas vezes, por desinformação, curiosidade e fácil acesso (FARIA *et al.*, 2015; ZEITOUNE *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2010).

Diante dessa realidade, a escola vem sendo considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento de educação para a prevenção ao uso de drogas e a promoção da saúde (RIBEIRO JUNIOR, 2016; MOREIRA *et al.*, 2015; NASCIMENTO; DE MICHELI, 2015). A escola possui caráter social e grande potencial sensibilizador, especialmente com o público jovem, e tem contribuído para desenvolvimento de ações com foco preventivo (RIBEIRO JUNIOR *et al.*, 2016).

Porém, os educadores têm apresentado dificuldade na educação a respeito das drogas por se considerarem despreparados e não saberem com agir diante da demanda que o tema requer. Segundo Moreira, Vóvio, De Micheli (2015), os educadores desejam preparo para saber como agir; acreditam que esse saber não pode ser ensinado, mas, sim, construído e, nessa ação, o encontro entre saúde e educação pode resultar em ganhos significativos, auxiliando na formação dos profissionais de ambas as áreas para esse fim.

Silva (2016) descreve que, sendo a questão das drogas um problema grandioso, requer um trabalho regulado por diálogos entre diferentes agentes da instituição educativa, envolvidos em um horizonte comum e interdisciplinar. Contudo, torna-se imprescindível a capacitação contínua dos educadores para atender de forma qualitativa às diferentes exigências no campo da prevenção às drogas.

Com tamanha relevância, é indiscutível a importância da família na prevenção das drogas com as crianças e adolescentes por ser ela a responsável pela transmissão de valores, monitoramento e imposição de limites diante dos fatores de risco (OLIVEIRA; BITTENCOURT, CARMO, 2010). A família exerce efeito protetor no abuso de substâncias na adolescência. Hábitos adquiridos nesta fase da vida tendem a ser fixados na vida adulta, tornando-se, assim, importante a construção de laços familiares bem estruturados na vida dos adolescentes (MALTA *et al.*, 2014).

Há escassez de estudos que investiguem pais e familiares sobre como tratam do assunto drogas no interior familiar. No entanto, pesquisa realizada com pais de adolescentes identificou que eles reconhecem a importância de sua participação na educação dos filhos, mas explicitam que não é fácil educar, haja vista a necessidade de fatores como tempo, companhia, paciência, amor e diálogo contínuo. Concordam que a família tem papel importante na prevenção das drogas, tendo em vista que ela é a responsável por impor limites e respeito, além de proporcionar sentimentos de pertença que são fatores indispensáveis para o desenvolvimento do adolescente (BRUSAMARELLO, 2010).

Outro estudo ao avaliar a prevalência de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes, realizado com 214 adolescentes em um município do estado de Mato Grosso, evidenciou a presença de diálogos entre pais e filhos sobre as drogas lícitas, enfatizando que a influência familiar exerce fator marcante na formação do caráter e escolhas que esse indivíduo fará na construção da sua personalidade (BARROS *et al.*, 2016).

Estes resultados apelam para a necessidade de ações dirigidas aos pais e educadores sobre educação para prevenção às drogas. Existem ampla investigação e ações governamentais voltadas para os casos de usuários já dependentes, incluindo família, serviços, tratamento entre outros, mas observa-se incipiência de ações na área de prevenção. Isso mostra que as vulnerabilidades individuais e sociais se acentuam cada vez mais devido ao ciclo que se instala de modo permanente na adesão às drogas, pois se há falhas na educação para prevenção, há uma porta de entrada ao mundo das drogas.

De igual modo, mostram o quanto é preciso estar atento aos múltiplos fatores e estruturas contextuais que estão por trás dos cenários de drogas. E um olhar sensível para as lacunas aqui apresentadas é enfatizado por Barros *et al.*

(2016), o envolvimento da escola e dos pais é fundamental e decisivo no sucesso dessa estratégia, dado o papel que eles têm na modelação de comportamentos.

Para encerrar esse debate, é importante mencionar que a aproximação com as problemáticas sociais dos adolescentes, com o referencial teórico da vulnerabilidade e com a abordagem bioecológica permitiu extrair os desvelamentos interessantes para o cuidado de enfermagem. Especialmente no que tange aos acessos à educação/informação nos microambientes de saúde, onde se dão as principais ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, atingindo não só os adolescentes, mas também pais e familiares. Observa-se que as lacunas na educação/informações contribuem fortemente para o fortalecimento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, assim como o favorecimento de ambientes suscetíveis aumenta a chance de adoecimento.

6.2 DEMANDAS DE CUIDADO DOS ADOLESCENTES PERANTE A PREVENÇÃO DAS IST/HIV/AIDS

Ao explanarem as demandas de cuidado à saúde perante as IST/HIV/AIDS, os adolescentes primeiramente insinuam que há um descuido das pessoas com a prevenção das respectivas doenças. As falas que seguem retratam essas expressões:

Eu acho que essa situação existe, assim da AIDS e do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis por falta das pessoas se cuidarem mesmo porque muita gente, muitas mulheres saem por aí fazendo coisas erradas e se esquecem de cuidar delas mesmas. (A1)(E1)

Essa situação existe, dessas doenças serem transmitidas é porque muitas pessoas acham que isso não vai acontecer com elas, pensam que isso pode acontecer longe de onde moram, pensam que isso não vai acontecer no teu bairro, [...],então elas pensam que não dá nada, pensam que eu vou ficar com aquela guria, vou dormir com ela, fazer relação com ela, sei que não vai acontecer nada vai ser só uma vez, é por esse motivo que muitos pegam as doenças, pensam que é só uma vez e não vai acontecer nada, não usam proteção e acabam pegando doenças. (A6)

Por meio dessas falas, nota-se a percepção global que os adolescentes têm sobre o cuidado e o não cuidado com a prevenção das IST/HIV/AIDS. Ambas situações estão atreladas ao uso e não uso do preservativo. Alguns incluem

medicamentos, levando a crer nesses casos as ligações que fazem entre prevenção e contracepção, uma vez que o preservativo é também usado para esse fim.

De modo geral, identifica-se que demonstram maior preocupação com a contaminação do HIV/AIDS e, por isso, dão ênfase ao uso de preservativo sempre nas relações sexuais, exceto quando há o desejo de ter filhos.

Essa situação existe porque elas não se cuidaram, não usaram proteção, não tomaram comprimido, não tomaram injeção, não se preveniram. [...], cuidar é, tipo assim, se prevenir, [...], a AIDS é uma doença, já dão a camisinha no posto. Eu acho que se usar ela não é muito fácil de pegar doenças. Porque a Aids se passa fazendo relações sexuais ou eu acho que também pelo sangue. Eu ainda não tive relação sexual, mas quando eu tiver, vou usar camisinha sempre. [...] um dia que eu achar que esta na hora de ter um filho daí não. (A5)(EI)

Essa situação existe porque as pessoas não se cuidam. Elas sabem que é possível passar doença e não se cuidam. Eu acho que na relação sexual sempre tem que ser com camisinha. Se a pessoa for limpa, sem doenças. Daí se os dois estão decididos a fazer um filho, vão lá no posto e fazem o exame de sangue para ver se podem fazer o filho. (A3)(EI)

A partir dessas colocações emergiram duas situações distintas relacionadas ao desejo de ter filhos: a necessidade de fazer exames laboratoriais prévios para constatar a ausência das IST/HIV/AIDS e então providenciar a concepção; ou simplesmente não usar o preservativo em caso de desejar ter filhos.

É interessante produzir algumas reflexões sobre a concepção considerando que de fato é uma situação que suscetibiliza as pessoas perante as IST/HIV/AIDS. Se partirmos do entendimento de que para gerar o filho, pelas vias normais, há que ocorrer relação sexual sem preservativo, questiona-se: como conceber o filho e ter a garantia de não haver contaminação com as IST/HIV/AIDS? Será que realizar os exames laboratoriais traria a segurança esperada para a concepção? Será que as pessoas iriam realizar esses exames? Quais os elementos socioculturais que estariam envolvidos nessa questão?

Enfim, os questionamentos não se esgotam apenas nessas perguntas, certamente outras surgiriam, no entanto estas remetem ao discurso das vulnerabilidades descrito por Ayres *et al.* (1999, p. 57),

[...] todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas consequências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger.

Em concordância, entende-se que, em algum momento, todos são vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, ao HIV/AIDS, tendo em vista que existem circunstâncias comumente vividas pelos seres humanos, no universo do sexo, que podem levá-los a riscos em contrair uma IST ou o HIV/AIDS. Esses riscos dependerão não apenas das informações, condições sociais ou acesso aos serviços de saúde, mas também das opções que dispõem, tomadas de decisões e responsabilizações.

Vale lembrar que foi em meio a este complexo e conturbado contexto de perguntas sem respostas que surgiu o conceito de vulnerabilidade. Como descreve Schaurich (2004), diferentemente dos demais conceitos marcantes na epidemia HIV/AIDS, o conceito de vulnerabilidade aflora no momento em que alguns questionamentos ficam sem resposta, por exemplo, qual comportamento arriscado em relação ao HIV apresenta uma mulher dona de casa, em relacionamento estável e com parceiro único? Ou então, qual o comportamento de risco à infecção pelo HIV tem uma criança em vida intrauterina? Durante muito tempo, cientistas e pesquisadores envolvidos com as mais diversas esferas e contextos da epidemia HIV/AIDS procuraram justificativas para tais perguntas e não as encontraram.

Complementa o autor que, como conceito atualmente utilizado no contexto HIV/AIDS, a vulnerabilidade não se refere a nenhum grupo em específico e, ao mesmo tempo, por serem humanos diz respeito a todos os indivíduos. A vulnerabilidade – em seus três eixos – apresenta nexos com a responsabilidade, seja de forma individual, coletiva e/ou governamental, uma vez que pressupõe o conhecimento de si próprio e das possibilidades, limites e conscientização, assim como o conhecimento do outro e o despertar no outro com a conscientização para ações, além de atitudes educativas e preventivas no contexto HIV/AIDS (SCHAURICH, 2004).

Sobre esse aspecto, Lévinas acrescenta que a responsabilidade é algo que está intimamente ligada ao conceito de cuidar, traduzida como o ato que humaniza o homem e as suas relações. Na relação de cuidado para com o outro, a responsabilidade tem que ser de serviço, diálogo e, sobretudo, proximidade (LÉVINAS, 1980, 2013).

Na visão de Jonas (1995), o princípio da responsabilidade requer que seja preservada a condição da existência da humanidade. O desejo do homem deve ser

o de cuidar responsabilmente do outro, a fonte é a vulnerabilidade do outro e, por isso, a responsabilidade é uma resposta para com o outro vulnerável.

Diante do exposto, concorda-se que as vulnerabilidades apresentam nexos com a responsabilização e caminhar nessa linha requer atitudes de cooperação e respeito para com o outro por meio de movimentos que vão de um em direção ao outro visando sempre à preservação da existência humana.

Outro aspecto citado pelos adolescentes é o distanciamento que percebem na população diante da possibilidade de contrair IST/HIV/AIDS, caracterizando os sentimentos de invulnerabilidades existentes no campo da contaminação das IST/HIV/AIDS.

Essa situação existe porque as pessoas não se cuidam bem, elas sabem que é possível passar doença e não se cuidam. [...] acham que nada vai acontecer para elas, pensam que só os outros vão ter essas doenças. (A2)(EI)

Talvez isso acontece porque as pessoas não se previnem. Acho que elas pensam que nada vai acontecer na saúde delas. Pode ser por isso que essas doenças existem, essa AIDS. (A7)(EI)

Esse distanciamento foi avaliado por Rossi e Teixeira (2011), em estudo com um grupo de mulheres que não se percebem como vulneráveis ao contágio pelas IST e pelo HIV, afirmando que estas doenças são comuns aos outros, aqueles diferentes delas. Em decorrência dessa percepção, grande parte das mulheres, apesar de exprimirem o conhecimento acerca da relevância do uso do preservativo na prevenção das IST e do HIV/AIDS, baseia-se na confiança no parceiro fixo, independente do tempo de relacionamento, a sua estratégia de prevenção.

Sob outra ótica, Aboim (2012) declara que entre os indivíduos de perfil ocasional, mais comum entre as camadas jovens e não conjugalizadas, as mulheres mostram ter maior nível de prevenção. Os homens, mesmo jovens e informados, tendem a revelar maior descuido e inconsistência no uso do preservativo com parceiros ocasionais. Embora existam mudanças no campo da sexualidade, o gênero constitui uma variável-chave na compreensão dos comportamentos sexuais.

No estudo de Taquette, Rodrigues e Bortolotti (2015), os sentimentos de onipotência/impotência tornam as adolescentes presas fáceis de tudo o que parece vir a preencher suas necessidades imediatas. Quanto mais precoce a iniciação

sexual, maior a probabilidade de ocorrência de sexo inseguro devido à imaturidade biopsicossocial.

O descuido das pessoas com a prevenção das IST/HIV/Aids preocupa os adolescentes e entendem que, por essa razão, a situação da epidemia da AIDS existe. Possivelmente, essa macrovisão dos adolescentes está atrelada à realidade da epidemia da AIDS mostrada com frequência pela mídia e outros meios de comunicação e pelas vivências em seus cotidianos com situações que envolvem a contaminação da AIDS.

Com base nas falas dos adolescentes, elucidam-se as correlações com os sistemas bioecológicos inseridos nesses cenários, com especial destaque para o elemento tempo, o cronossistema, que se incumbiu de esculpir a história da epidemia do HIV/AIDS, construída ao longo dos anos sob enfoque da negatividade.

Por conta dessa história e talvez pelo temor de adquirir HIV/AIDS, os adolescentes alicerçaram saberes sobre a prevenção das IST/HIV/AIDS, admitindo, para si e para outros, que, nas relações sexuais, o uso do preservativo sempre é necessário. Todavia, fica a dúvida sobre essa conduta, se realmente seria tão assídua assim, considerando que, em certas falas aqui apresentadas, alguns adolescentes não demonstraram a mesma preocupação e comprometimento.

Não sei o que as doenças sexualmente têm a ver com a vida das pessoas. Se eu tivesse uma namorada e tivesse relação sexual com ela eu ia me proteger para não pegar essas doenças e o HIV e AIDS. Não sei se usaria com frequência (risos). (A8)(E1)

A epidemia do HIV/AIDS envolve inúmeros micros, mesos, exos e macrossistêmicos devido às características pandêmicas que a doença adquiriu em nível global e também pelas prováveis situações de vulnerabilidades e invulnerabilidades que estão no seu entorno. Igualmente se observa a trama de eventos envolvidos na epidemia do HIV/AIDS e a existência do conhecimento social construído a sua volta, o qual forçadamente leva as pessoas a demonstrarem maior cuidado com as doenças sexuais.

Destoando dos demais adolescentes, A4, A7, A8 alegam não saber por que existe a situação da contaminação das IST/HIV/AIDS.

Não sei por que existe essa situação. [...], (risos) não sei. Acho que tem que conscientizar as pessoas para usar a camisinha para não pegar uma doença. (A4)(EI)

Não sei dizer por que existe essa situação da AIDS. (A7)(EI)

Eu não sei por que existe essa situação. (A8)(EI)

Verifica-se nas falas dos informantes que o não saber por que existe a situação das disseminações das IST/HIV/AIDS foi associado ao medo de se expor pela incipiência de informações que têm a respeito, mas também caracteriza a despreocupação que é uma peculiaridade própria da fase da adolescência. Ainda, observa-se que dão a entender que estão simplesmente vivendo a vida, com um senso de humor e irreflexão para as adversidades que ela apresenta. Esse senso de humor pode ser interpretado como algo salutar, mas há que se pensar em como viver a vida na sua plenitude e, ao mesmo tempo, estar livre dos infortúnios de saúde trazidos por ela.

A4 enfatiza que é necessário conscientizar as pessoas, proposta que tem se constituído atualmente uma das principais medidas para a prevenção das IST/HIV/AIDS enfatizada pelo Ministério da Saúde. Já está no ar nova campanha de prevenção à AIDS com a frase: “AIDS, escolha sua forma de prevenção”, baseada na abordagem da Prevenção Combinada; consiste em informar as pessoas sobre as várias formas de prevenção e oferecer a elas a possibilidade de escolher e combinar as formas de prevenção que melhor se adequem às suas necessidades ou características (BRASIL, 2016b).

O objetivo é conscientizar as pessoas que os preservativos masculino ou feminino não são as únicas formas para prevenir a transmissão do vírus. Existem hoje métodos e medicamentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que podem proteger a pessoa da infecção pelo vírus. Como exemplo, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que se aplica tanto aos casos de acidentes com objetos perfurocortantes, como agulhas e seringas, ou em relações sexuais desprotegidas. Após a exposição, a pessoa tem de 4 a 72 horas para iniciar o tratamento com antirretrovirais por um período de 28 dias. Esse tratamento impede que a pessoa se infecte com o HIV (BRASIL, 2016b).

Além do uso do preservativo e da PEP, também é preconizada a importância de realização de testes para o HIV, sobretudo no início do pré-natal no caso das

mulheres grávidas; adverte que quanto antes as pessoas souberem que estão infectadas com o HIV, devem iniciar logo o tratamento e assim evitar o desenvolvimento da doença e o conseqüente ciclo de transmissão do vírus para outras pessoas. A campanha também chama a atenção para o uso do preservativo visando à proteção das outras IST porque, ao tratar uma dessas infecções, diminui-se a chances de infecção pelo HIV (BRASIL, 2016b).

Nessa perspectiva, identifica-se que a combinação das medidas preventivas, seja pelo tratamento, pelas profilaxias acima descritas ou, ainda, pela ampliação da identificação do diagnóstico através do autoteste referido, permite inferir sobre a possível tendência de a AIDS tornar-se uma doença crônica, não curável, todavia não ausente de implicações colaterais e prejuízos econômicos e psicológicos à vida do indivíduo contaminado (MARTINEZ, OLIVEIRA, 2016).

Nas falas que seguem há destaque para a preocupação de um dos adolescentes com a possibilidade de uma pessoa não se conformar com a infecção do HIV e transmitir de propósito o vírus a outras pessoas.

O HIV é através do sexo que transmite. Se nenhum dois tem daí não transmite, mas se um só tiver e o outro não tiver daí fizerem sexo vai transmitir e os dois vão ficar com a doença. [...] isso pode trazer problemas para a saúde de outras pessoas porque a pessoa que pegou a AIDS não se conforma, aí pode passar para as outras pessoas de propósito, [...], vai lá e faz sexo para transmitir para outras pessoas. (A3)(E1)

Essa situação existe, como eu disse antes, porque muitas pessoas não se cuidam, não usam proteção, não lavam as mãos, não se cuidam na hora de manter relação. Acho que eles deveriam: a mulher usar comprimido [...] e o homem usar sempre que puder, quando vai manter relação sexual, usar camisinha. (A6)(E1)

O sexo proposital com alguém contaminado com HIV remete ao escritor e ativista Gedin, que na década dos anos 90 escreve o artigo intitulado "*My Turn: Riding Bareback*" na revista POZ, admitindo a realização intencional do sexo anal desprotegido *Barebacking*, ao narrar a emoção de praticar sexo anal sem preservativos com outros homens HIV positivo (GEDIN,1997).

Em 2003, pesquisa desenvolvida na Universidade Luterana do Brasil/Canoas-Rio grande do Sul, sediada pelo Canadá, estudou o *Barebacking Sex* e identificou que se trata de uma prática sexual extrema, de fazer sexo sem preservativo intencionalmente, entendido como uma transgressão, um modo de

colocar a vida (seja individual ou coletiva) em risco. Desde então, o *barebacking* se torna um problema de saúde pública e um desafio para a educação em saúde, especialmente porque se situa em uma arena complexa, em que existem diferentes discursos (DIAS; VIEIRA; SANTOS, 2003).

Com o surgimento da prática do *Barebacking*, surgiram novos termos e códigos como *Barebacking Parties*: festas de sexo onde não é permitido o uso do preservativo; *All Positive Barebacking Parties*: na festa todos são positivos; *All Negative Parties*: na festa todos são negativos; *Conversion Parties*: festa na qual pessoas com HIV negativo almejam infectar-se com o vírus HIV e se tornarem positivos; *Russian Roulette Parties*: festa mista, com sujeitos soropositivos e soronegativos, em que não se sabe quem é positivo ou negativo (PAULA; LAGO, 2012).

Quando o assunto é o sujeito que pratica *bareback*, no contexto brasileiro, existe um discurso patologizante, ou seja, como alguém anormal, portador de distúrbios neuro/ psicológico / psiquiátricos; ou criminalizadores, com predominância de discursos biomédicos prevencionistas (PAULA, 2010).

Na visão de Paula (2014, p.144), para tentar responder minimamente às questões que se fazem presentes diante do acontecimento *bareback*, faz-se necessário questionar outros fatores diretamente imbricados nesta questão:

- a) Quando se fala em sexo sem preservativos entre casais heterossexuais, denomina-se sexo inseguro e quando se trata de homossexuais, além de se nomear como *barebacking*, acrescentam-se as questões criminais ou psicopatológicas. Qual a distinção entre sexo *barebacking* homo ou heterossexual?
- b) Algumas pessoas possuem comportamentos sexuais baseados em considerações que julgam racionais, buscando reduzir danos, por exemplo: discutir o status sorológico com parceiros potenciais, as posições ativa e passiva durante sexo anal sem preservativos etc. É possível se pensar em redução de danos em relação ao *barebacking*?
- c) Nos últimos 30 anos mudaram as realidades em que se operam as práticas gays, entretanto, por que existe dificuldade em se inventar modelos de saúde pública que não estejam pautados no terror, no pânico e na culpa, como ferramentas preliminares?
- d) Para que ocorra a infecção pelo vírus HIV é necessário que um dos parceiros esteja infectado. Por que esse tipo de informação não é abordado nas campanhas de prevenção, prevalecendo o imperativo do sexo seguro via uso de preservativos, como única forma de prevenção possível?

- e) A AIDS não tem cura, mas tem tratamentos cada vez mais sofisticados: não estaria na hora de se questionar quais os reais interesses da indústria farmacêutica na manutenção e proliferação da epidemia, em detrimento da produção de uma vacina?

Diante dessas exemplificações, decifra-se que o *barebacking*, assim como outras práticas sexuais sem proteção, ainda que sejam voluntárias e conscientes, sobretudo na presença confirmada do HIV/AIDS, constitui-se terrenos regados por situações de vulnerabilidades; convidam a pensar em que circunstâncias acontece o sexo desprotegido, tornando-se imprescindível o não julgamento. Há que se equacionar a problemática e ampliar a compreensão sobre essas atitudes, mesmo diante de determinadas orientações sexuais, compreendidas como de risco eminente à contaminação do HIV/AIDS.

Como explica Silva (2012b), é preciso levar em consideração as circunstâncias e maneiras em que pode ocorrer o sexo desprotegido; acredita que seja imprescindível reconhecer os limites atuais do discurso preventivo-epidemiológico, orientado pela ideia do sexo seguro sempre, no sentido (obrigatório) de uso do preservativo. Isso implica reconhecer e discutir abertamente as possibilidades e limites das estratégias, tanto em nível de redução de riscos e danos como nos modelos alternativos de prevenção e proteção, já utilizadas no cotidiano de diferentes pessoas.

Adentrando na dimensão do sexo proposital, existe uma situação que merece destaque. Trata-se da possibilidade de um dos parceiros não estar sabendo da condição contaminante do parceiro e este, mesmo consciente, pratica sexo desprotegido. De acordo com Martinez e Oliveira (2016), essa prática é conhecida como transmissão voluntária e deliberada do vírus, associada ao desconhecimento do parceiro sexual, chamada carimbada, um ato lesivo, senão de imediato ao bem jurídico vida, mas diretamente prejudicial à qualidade de vida somática e psicológica da vítima contaminada. Tal conduta de transmitir conscientemente o vírus dá-se por comportamento perverso do indivíduo soropositivo, ao qual se atribui a definição de parafília.

Martinez e Oliveira (2016) compreendem que a transmissão voluntária do HIV/AIDS possui contornos jurídicos e, a partir desta inserção, foi que passou a

ocorrer a análise de suas implicações no contexto do ordenamento jurídico brasileiro.

No entanto, não há, no Brasil, legislação específica para o tratamento da transmissão do HIV/AIDS, atendendo, assim, às recomendações do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), conforme Nota Técnica enviada ao Congresso Nacional sobre o Projeto de Lei 198/2015 que torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS:

A Nota Técnica apresenta argumentos contrários à aprovação de leis específicas para criminalização da exposição ou transmissão do HIV. Em particular, destaca que este tipo de legislação: (i) não traz vantagens, nem benefícios para a saúde pública; (ii) desconsidera os avanços científicos na área; (iii) pode minar as respostas eficazes ao HIV já consolidadas no Brasil; (iv) pode levar a graves erros judiciais; (v) está, cada vez mais, sendo contestada em todo o mundo. Esta nota técnica conclui que, em função de o Brasil já contar com uma disposição legal que permite a ação jurídica sobre casos de transmissão intencional do HIV, qualquer nova legislação sobre o assunto torna-se desnecessária, além de acarretar um provável prejuízo à saúde pública e aos direitos humanos (UNAIDS BRASIL, 2015b, p. 1).

É notório que essa questão exige a presença da lei para dar conta dos aspectos legais envolvidos, uma vez que há violação dos direitos humanos e de autonomia de uma vítima, a qual pressupõe eminente chance de adoecer, na medida em que ocorre ato sexual desprotegido com alguém que, conscientemente, sabe que está contaminado com o HIV. Com isso, o ato sexual sem proteção compromete substancialmente as estratégias das políticas públicas ao enfrentamento da epidemia.

Porém, a lei lida mais em nível do indivíduo, e não com o cenário social composto, comumente, por desigualdades. Entende-se, assim, que independente dessa prática ser avaliada e julgada pela lei, merece ser vista com as lentes da vulnerabilidade, pois há inúmeros elementos que precisam ser compreendidos nesse cenário, como grau e qualidade de informações que o indivíduo dispõe sobre essa prática, a capacidade de elaborar essas informações e os acessos disponíveis para a obtenção dessas informações.

Perante o descuidado com a prevenção das IST/HIV/AIDS, os adolescentes preocupam-se com a gravidez precoce por não terem condições de dar o sustento ao filho e pela preocupação com o abandono dos estudos; percebem o anticoncepcional como um artifício que deve ser usado em conjunto ao preservativo,

pois caso ocorra ruptura do preservativo, existe a garantia de não engravidar e, portanto, não haverá riscos de transmissão da AIDS ao conceito; manifestam que há meninas se relacionando sexualmente muito precocemente, reforçando a necessidade do uso do preservativo.

Eu ainda tenho treze anos e preciso ter cuidado, [...] para não engravidar tão cedo porque eu tenho ainda uma longa caminhada pela frente. Vou pensar em ter filho lá pelos dezoito anos ou mais porque daí vou estar trabalhando, vou poder sustentar o meu filho. Tem menina de treze anos que vai ter que dar o filho para o pai e a mãe sustentar. Tem várias pessoas que vão querer trabalhar ou estudar e sabendo que tem a criança novinha em casa querendo tomar leite, aí vai ter que largar os estudos para cuidar do filho.(A5) (EI)

O anticoncepcional é bom você tomar, [...] usar a camisinha e usar o comprimido junto porque o comprimido não combate a AIDS, mas ajuda a não engravidar. Porque se a camisinha estourar vai passar a AIDS para a criança. O comprimido é prevenção, [...], para gente não engravidar tão cedo porque hoje tem meninas com 10, 11 anos que já andam cutucando (risos). [...] daí usa camisinha e toma comprimido e sempre está prevenida, sempre tem que estar se cuidando com essas doenças. (A1) (EI)

Percebem a gravidez precoce como resultante do não cuidado com a prevenção, tendo o filho como produto que necessita de sustento e cuidados. Porém, sendo o pai ou a mãe da criança um adolescente, acreditam que os avós (pais do adolescente) ficarão com o encargo de criar e manter a criança, condição criticada e rejeitada por estes adolescentes.

O cuidado com a saúde sexual, no entendimento dos adolescentes, envolve, impreterivelmente, a prevenção da gravidez precoce e a conscientização de jovens para não se relacionarem sexualmente sem preservativo e na tenra idade. Transparece uma postura responsável, com a prevenção contra as doenças sexuais, quando se trata da concepção.

Tem que se cuidar. Para prevenir dessas doenças tem camisinha, tem comprimido, tem injeção para não engravidar, para não pegar umas doenças também. [...] se usa camisinha não engravida, é uma prevenção, [...] para não passar assim pelo sexo, daí acho que não passa, já se não usa podem engravidar, pode pegar doença e um monte de coisas. Tem gente que se cuida, mas tem gente que nem dá bola. Tem que ter cuidado, as meninas e os meninos têm que sempre se consultar para ver se não tem nenhuma doença, algum vírus, alguma coisa assim. (A5) (EI)

Dentre os depoimentos, notam-se perspectivas de futuro, de realização pessoal influenciando diretamente as atitudes de autocuidado dos adolescentes. Por

certo, existe uma escuta em casa ou nos meios de comunicação e sociais sobre a necessidade de estudar, pensar no futuro, retratando os discursos que permeiam a cultura da sociedade contemporânea que tem imposto aos jovens voltarem-se aos estudos e dedicarem-se à profissão para garantirem um futuro de sucesso.

Ao serem questionados sobre a relação que as IST/HIV /AIDS tem com suas vidas ou vida das pessoas emergiram pronunciamentos que retratam aspectos relacionados ao cuidado:

A relação com a vida das pessoas é que tem gente que não se cuida. Tem que fazer um exame semanal para ver se tu tem alguma coisa transmissível e para ver também da saúde. Se a saúde está boa. (A7) (EI)

A relação com as nossas vidas é que tem que se cuidar mais e tem gente que não se cuida, [...]um monte de coisas. (A9) (EI)

Os adolescentes incluem que é preciso fazer exames laboratoriais para verificar se há doenças transmissíveis ou certificar-se de boa saúde e não havendo contaminação com o HIV/AIDS, então pode ocorrer a gravidez e a criança estará livre de doenças, principalmente se nascer em ambiente hospitalar porque entendem que nessas instituições existem meios, no momento do parto, de não deixá-la entrar em contato com o sangue contaminado da mãe:

Isso tem relação com as nossas vidas porque se a gente não se cuidar, se a gente não usar a camisinha, a gente engravida, se não tiver tomando comprimido também. Tipo a camisinha pode prevenir a gravidez e essas doenças [...] seria bom que as pessoas sempre tivessem fazendo exames para ver se não tem nada, para daí engravidar. (A1) (EI)

Todo mundo vai querer um filho um dia e para fazer o filho tem que fazer o sexo sem camisinha, só que para fazer o certo, o casal tem que ir ao posto fazer exames para ver se nenhum tem AIDS para depois fazer o filho porque senão passa para o seu parceiro a AIDS e também para o filho. Só não passa para a criança se for tirado no hospital. Não me lembro como que eles tiram o filho quando acham que mulher tem AIDS, sei que tem um jeito, mas não me lembro como é. Acho que eles botam uma numa bolsa e tiram lá de dentro, daí ele não tem contato com o sangue da mãe e não pega AIDS. (A3) (EI)

As conversas que seguem sustentam a preocupação do grupo de adolescentes com a possibilidade de a pessoa desejar ter filhos e ter que abdicar do uso do preservativo, certificando-se por meio de tratamento prévio que está com boa saúde para conceber o filho; demonstram, também, conhecimentos sobre a

necessidade da mãe não fornecer leite materno, caso esteja infectada, para não transmitir ao filho.

Conversas sobre a foto – Mulher grávida

A8: Eles podem auxiliar.

A1: Podem dar recomendações.

A10: Mas se ela quer engravidar como que vai usar camisinha? Ela quer engravidar?

A1: Eu não sei. Muitas mulheres vão procurar o médico porque elas têm que fazer o tratamento antes para criança não nascer com nenhum problema. Se não me engano, ela não pode dar de mamar? Não pode ter nenhum contato de sangue [...] fazer tratamento quando tiver grávida porque a AIDS vai para o leite e se ela dar de mamar, a criança pode contrair o vírus porque vai uma célula do HIV para o leite da mãe, e se ele mamar.

A apreensão com a infecção intraparto do HIV é de fato considerada a principal forma de transmissão vertical (TV). A estimativa é cerca de 65% das infecções. Acontece pela exposição do sangue da mucosa do recém-nascido (RN) com o sangue materno na passagem deste pelo canal do parto. No entanto, é possível optar pela cesariana protetora, que pode reduzir a TV em até 50%, se iniciada antes do trabalho de parto com o propósito de restringir o contato do sangue ocasionado no trabalho de parto, o contato da conjuntiva do RN com o vírus e o contato da mucosa intestinal durante a passagem pelo canal de parto (SCRIPAN, 2016).

Além da inquietação com a gravidez e o viver saudável da criança, demonstram preocupação com a morte, focalizando, nesses casos, a importância do cuidado para preservar a vida; atribuem que as pessoas pensam que é o fim do mundo pegar AIDS, mas ressaltam que é preciso usar o preservativo e observam que é possível controlar a doença e viver tranquilo com ela.

A relação que eu vejo nisso com as nossas vidas é que a pessoa pode até morrer por um descuido de uma agulha contaminada com AIDS. [...], se não tomar o coquetel da AIDS, acho que morre. (A3) (E1)

A relação dessas doenças e da AIDS com as nossas vidas, eu acho que para alguns interfere bastante, pensam que é o fim do mundo pegar AIDS, que vai atrapalhar a carreira, o namoro tudo, que é o fim, mas, para outros, dá para controlar, dá para viver tranquilo. Alguns vão ficar com medo, claro, tem que se cuidar, tem que usar a camisinha. (A6) (E1)

*A relação dessas doenças com a vida da gente é que eu acho que a vida é muito importante para nós e a gente tem que se cuidar usando sempre a camisinha. Eu acho que essas doenças podem trazer problemas na vida das pessoas porque algumas vão para o hospital e umas vão até morrer.
(A8) (E1)*

A partir dessas expressões, interpreta-se que os adolescentes carregam na memória as implicações de epidemia da AIDS e, por conta dela, fazem relações com os contextos de vida das pessoas e com as necessidades de cuidado sexual.

A memória, para Ricouer (2007), ocorre a partir da mediação de sua construção e de seu uso social. Para haver memória é preciso haver um diálogo entre eventos que transcorrem em uma determinada área geográfica agregada ao tempo que ocorre o evento. Usa a metáfora de uma ponte móvel entre memória cognitiva (memória sentida) e memória narrada, uma vez que ambas têm relação com a forma de lidar com um evento e posicionar o indivíduo enquanto ser único em conexão ao coletivo de uma história.

É interessante lembrar que existe uma memória globalizada no entorno do HIV/AIDS devido aos eventos característicos da síndrome, ocorridos ao longo do tempo, deixando marcas que ficaram encravadas na memória da sociedade em função da história construída com base nos preconceitos e estigmas. No caso dos adolescentes, a memorização está associada aos advenços que vivenciam relacionados à AIDS, tornando-os resilientes à epidemia, pois processam-na e se mostram adaptados aos problemas que advêm dela. Inclusive, quando A6 declara ser possível controlar a doença e viver tranquilamente com a mesma, emana da sua fala a naturalização que é dada à síndrome, bem como o quanto está se tornando visível os efeitos do tratamento da AIDS com os antirretrovirais.

Sobre esse aspecto, as evidências científicas mostram que pessoas estão convivendo melhor com HIV. A UNAIDS informa que se o tratamento iniciar cedo tem melhor evolução da doença em médio e longo prazo. Apresentam menos complicações, menos infecções oportunistas e maior expectativa de vida, se comparadas com pessoas que iniciaram o tratamento mais tardiamente. Além disso, pessoas vivendo com HIV/AIDS que possuem carga viral indetectável – graças ao tratamento antirretroviral – têm uma chance muito menor de transmitir o vírus para outra pessoa, além de melhorar significativamente sua qualidade de vida (UNAIDS, 2017).

A 21ª Conferência Internacional de AIDS ocorrida em Durban, em julho de 2016, comemorou o sucesso do tratamento da AIDS na redução da doença e da morte. Os desesperos e desperdícios em mortes que pairavam anteriormente foram dissipados. Em KwaZulu-Natal, onde a Conferência foi realizada, o tratamento da AIDS aumentou a expectativa de vida da comunidade em 11 anos, revertendo décadas de declínio. Diante desse novo panorama, a expectativa de vida em KwaZulu-Natal tornou-se mais elevada. Este é sem dúvida um dos grandes sucessos da saúde global (WILSON; GORGENS, 2016).

Nessa conferência foi enfatizado que não se pode menosprezar os efeitos transformadores do tratamento na diminuição da doença e morte por AIDS e na transmissão do HIV. Entretanto, esclarecem que esta epidemia não irá se acabar com comprimidos. Historicamente, nunca se eliminou uma epidemia global sem uma cura ou vacina, e o HIV não é exceção (WILSON; GORGENS, 2016).

Seguindo a mesma proposta, a ambiciosa meta da UNAIDS, lançada e referendada pelo Brasil, traz a proposta de 90/90/90 para o ano 2020, compreendida pelo objetivo de atingir que 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; destas, 90% estejam em tratamento; e 90% das pessoas neste grupo tenham carga viral suprimida; contribuindo, assim, com o fim da epidemia da AIDS. Pressupõe-se que deve haver articulação de medidas integradas entre práticas assistenciais e de prevenção mediante a adoção de intervenções comportamentais e biomédicas combinadas. Os benefícios dessas intervenções pressupõem a articulação entre as agendas de prevenção, assistência e respeito aos Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA), na perspectiva da integralidade.

É preciso referir, a partir desses estudos, que os antirretrovirais, outras medidas medicamentosas e não medicamentosas adotadas pelos serviços de saúde são estratégias fundamentais que estão surtindo efeitos contra a epidemia de AIDS, apesar da necessidade de intensificar os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos, até chegar o momento da tão esperada cura e extinção do vírus.

A2, ao inserir “se usar o preservativo está fazendo certo”, identifica-se que esta adolescente pode estar reproduzindo o que lhe foi transmitido pelos profissionais, pais, professores, mídia, entre outros; pode estar demonstrando o quanto já internalizou o cuidado à saúde para si; ou, ainda, está seguindo os

padrões morais de certo/errado que circulam nos discursos de cuidado à saúde no senso comum.

A questão que se deseja debater é: O que significa fazer certo? Denota-se valores morais e subjetividades imbricadas nesse questionamento, articulado ao discurso da cultura educativa dos pais, que associam perigo, culpa e medo como consequência imediata às experimentações mal-conduzidas dos filhos.

Sabe-se que discursos desse tipo não são produzidos, nem circulam exclusivamente no meio familiar. Mas é oportuno pensar sobre o que significa “fazer certo”. Ao partir do princípio de que aquilo que é certo para um, pode não ser certo para o outro, supondo-se que uma mesma situação é vivenciada por duas pessoas e estas necessitam fazer opções; a opção concebida como certa de uma das pessoas tem embasamento em informações, enquanto que a da outra tem embasamento em experiências e vivências. Se for considerado que ambas têm motivos verdadeiros para argumentar o seu “certo”, fica a pergunta: quem está certo nessa situação? É quem detém o saber por que tem a informação ou é quem passou pela prática?

Mediante esses questionamentos, infere-se que há elementos produtores de vulnerabilidades nessa questão, considerando que a noção de certo incorpora uma gama de valores e conhecimentos produzidos, processados e veiculados pela cultura nos micro, meso, exo e macrossistemas, bem como incorporados ao longo do tempo/cronossistema e talvez por se considerarem “certos” nas escolhas que fazem não estejam produzindo os efeitos que se espera mediante determinadas situações. Dito de outro modo, na específica questão da prevenção das IST/HIV/AIDS, podem estar havendo concepções vinculadas a certos valores morais, incorporados pelas pessoas perante a infecção dessas doenças, e essas concepções talvez não estejam contribuindo para evitar efetivamente as IST/HIV/AIDS.

Foucault apresenta seu entendimento sobre moral para compreender melhor essas constatações; atribui à moral três significados diferentes: o significado do código, diz respeito aos valores, normas e regras inseridas pelas instituições sociais; o significado dos comportamentos relaciona-os ao tipo de ação, atitude proposta pela sociedade que espera ser representada nos comportamentos; e o significado do constituir um si mesmo, como sujeito moral, considera a diversidade entre os seres humanos na sua forma de ser e estar no mundo ou de constituírem-se sujeitos pela diferença (FOUCAULT, 1984).

Pela ótica de Beauchamp, Childress (2002), o termo moralidade se refere a convenções sociais amplamente compartilhadas que formam senso comum e atuam no comportamento humano com a noção de certo ou errado. Nesse contexto tem a ética como um termo geral, norteador da moralidade.

Complementando, Campos, Greik e Do Vale (2002) inserem que todo ser humano é dotado de uma consciência moral, que o faz discernir entre certo ou errado, justo ou injusto, bom ou ruim, com isso é capaz de ponderar suas ações; sendo, portanto, ético. Esta conduta ética compõe-se de valores, que viram deveres, incorporados por cada cultura, expressos em ações. A ética, portanto, é a ciência do dever, da obrigatoriedade, a qual rege a conduta humana.

Diante dessas concepções, entende-se que pensar no cuidado à saúde sexual, sob essas inferências, envolve um olhar sensível para as subjetividades e pluralidades das pessoas. Valorizar a hermenêutica nessa perspectiva de cuidado amplia as percepções sobre os indivíduos e possibilita vê-los como seres não iguais, sobre como percebem e agem sob o ponto de vista do certo e errado, sobre suas diferenças sociais, culturais, econômicas, sexuais, entre outros elementos envolvidos nos seus processos de viver.

Ricouer (1990, 2000) descreve que a hermenêutica consiste na construção/captação do sentido dos símbolos, dos mitos e das metáforas, invoca compreender a articulação do pensamento no reino dos símbolos com a interpretação constituída a partir dessa articulação. Na interpretação, é preciso se deixar ensinar pelos símbolos e a partir deles formular os sentidos na plena responsabilidade de um pensamento autônomo.

Ayres (2007) valoriza a hermenêutica no modo de operar o cuidado, visto que implica assumir algo que se constrói com os sujeitos, não deve ser o produto de um saber único provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população; ressalta que é no encontro entre os sujeitos autênticos que se buscam soluções convenientes, levando em conta o ponto de vista de ambos para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento.

O autor insere que portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com seus próprios saberes práticos e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações, são sujeitos das ações de saúde pelos desafios práticos que são colocados uns perante os outros e pelas necessidades de responderem com

autonomia e responsabilidade mútua, conforme as possibilidades configuradas no contexto deste encontro (AYRES, 2007).

Enfim, diante desse conjunto de informações, constata-se pela visão dos adolescentes que os motivos da existência das IST/HIV/AIDS decorrem do descuido das pessoas na proteção sexual. Notadamente, há pertinência no que dizem, pois o não cuidado com a proteção de fato existe, caso contrário, não haveria o alastramento da epidemia no mundo todo. Todavia, há que se considerar neste contexto o conjunto de situações de vulnerabilidades envolvidas e, a partir delas, traçar estratégias de prevenção.

Cabe acrescentar que essas realidades somente existem porque há um conjugado de ambientes que propiciam os acontecimentos, os quais precisam ser avaliados amplamente, do micro ao macrossistema, para poder minimizar as vulnerabilidades existentes e os subsequentes efeitos das práticas sexuais desprotegidas.

6.2.1 O cuidado dos profissionais de saúde na prevenção das IST/HIV/AIDS

A mensagem de cuidado à saúde sexual dos adolescentes abrange o cuidado exercido pelos profissionais de saúde e foi entendido que estes precisam valorizar nos encontros de cuidado aquilo que está nas subjetividades e diversidades dos indivíduos, bem como dar importância aos diversos elementos contextuais inseridos nos cotidianos de vida desses indivíduos, como crenças, valores e significações atribuídas sobre algo.

Antes de aprofundar as reflexões sobre esse tópico, faz-se necessário mencionar que, ao expressarem as demandas de cuidado do profissional de saúde, os adolescentes retomam fatos e eventos já relatados anteriormente, sendo, portanto, repetitivos em suas falas, lançando um olhar direcionado para as ações de cuidado à saúde que podem ser realizadas pelos profissionais mediante as problemáticas levantadas por eles.

Entre os cuidados requeridos pelos adolescentes aos profissionais de saúde na prevenção das IST/HIV/AIDS surge o desejo de obter orientações, incentivo e

acesso facilitado aos preservativos e métodos contraceptivos, incluindo a esse acesso os adolescentes mais jovens.

Acho que os serviços de saúde e os profissionais de saúde devem continuar orientando as pessoas para usarem comprimido, pegarem a camisinha, tomarem injeção. (A1)(EI)

Eu acho que os profissionais de saúde e os serviços de saúde devem entregar a camisinha para os que têm 14 anos, para acima desta idade, eles entregam pacotes dessas camisinhas, nem sei o que eles fazem com tanta camisinha, acho que jogam fora a metade. [...] eles dão na escola, [...] daí na hora de fazer sexo não usam e pegam doenças. A gente que tem se que cuidar, tem que ir até o posto de saúde pegar se a gente quer. (A2)(EI)

Os enfermeiros podem orientar e conscientizar a família para não jogar lixo lá. (A4)(EI)

Por meio das suas falas são ratificadas as carências de informações que têm sobre as IST/HIV/AIDS, uma vez que as solicitam aos profissionais de saúde. Do mesmo modo, são ratificadas a importância que dão ao cuidado na prevenção do HIV/AIDS e a ênfase ao uso do preservativo associado à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e à anticoncepção; destacam que a elaboração de cartazes instrutivos contribui para a prevenção de jovens ao HIV.

Eu acho que os profissionais de saúde podiam incentivar mais para usar a camisinha, [...] fazer um cartaz, alguma coisa assim para as meninas se prevenir e para os piás também do HIV. No posto, eles dão camisinha, se precisar e só pegar no posto, eles dão comprimidos também para não engravidar e não pegar doenças. (A5)(EI)

Os profissionais de saúde podem auxiliar dizendo para usar a camisinha, para não pegar AIDS e HIV. Eu não fui no posto de saúde pegar camisinha ainda [...] só meu irmão vai lá e pegar, ele tem namorada. [...], a mãe uma vez foi lá e pegou uma caixa de camisinha e ele tem uma gaveta quase cheia lá (risos), não sei se ele usa sempre. Não sei o que mais os profissionais de saúde podem fazer nesse sentido. (A8)(EI)

Entre as demandas de cuidado à saúde, os adolescentes sugerem que os profissionais de saúde realizem ações semelhantes as desenvolvidas pela Pastoral da Saúde, com foco nas visitas domiciliares, voltadas para a conscientização das doenças sexuais e o descarte adequado do lixo.

Os profissionais de saúde podiam passar nas ruas e ir vendo se tem nenhuma agulha no chão. Podiam juntar e se for na frente de uma casa auxiliar a pessoa porque se tem uma criança ela pode pegar para brincar, se furar e pegar o HIV quando ainda é pequena. Eles podiam ir avisando, aqui tem uma seringa que foi usada. (A3)(EI)

Eu tirei essa foto porque eu acho que as pessoas deveriam visitar as casas. Esse é um exemplo que eu usei da pastoral da criança porque que eles vão de casa em casa. A minha mãe também participa [...] eles para ver como a criança está, se está bem, se está com sobrepeso, se teve diarreia, se precisou ir no posto ou se tomou alguma injeção durante a semana. Acho que eles podiam fazer assim para essas doenças também. (A6)(EI)

Verifica-se no conjugado de informações dos adolescentes que as vulnerabilidades individuais são reafirmadas pelo desejo de obterem informações sobre as IST/HIV/AIDS. As sociais, apesar de não estarem explícitas nas falas apresentadas, ficam subentendidas e estão fundamentadas nas adversidades que vivenciam e caracterizadas pela insuficiência de uma gama de recursos de ordem educacional, econômica e política, que corroboram com essa dimensão de vulnerabilidade. As programáticas encontram-se nas fragilidades de provisão e gestão dos serviços públicos perante o saneamento básico.

Em meio a isso, encontram-se os sistemas bioecológicos nas suas demandas de cuidado à saúde sexual. Para identificá-los, tomemos como exemplo o lixo nas ruas, citado pelos adolescentes. A produção e o descarte do lixo sucedem eventos que ocorrem em um microssistema (alguém gera o lixo); a partir disso, o lixo é disseminado nas ruas do bairro - mesossistema (outros microssistemas envolvidos); a instituição encarregada da coleta encontra-se no nível do exossistema (caso não ocorra a coleta, influenciará o viver saudável dos adolescentes); a produção e coleta do lixo acontecem em um determinado tempo e se prolongam no decorrer deste - cronossistema; a permanência do lixo na ruas cogita falhas na aplicação das políticas e programas de saneamento básico, e outros de ordem ambiental-macrossistema. Com isso, pretende-se demonstrar que os eventos acontecem, primeiramente, em um microssistema e, a partir dele, ocorre uma sucessão de outros eventos formando um conjunto de sistemas bioecológicos que merecem serem olhados no exercício dos cuidados profissionais.

As conversas que seguem validam a preocupação dos adolescentes com o descarte do lixo, resultante das agulhas e preservativos usados nas ruas do bairro, e reafirmam a necessidade de os profissionais recomendarem o uso dos

preservativos, ensinar como usam e como descartam, como também fornecerem um espaço que individualize o atendimento e a entrega.

Conversas sobre a foto - Seringa no lixo (EC)

A10: Eles têm que alertar aquelas pessoas que trabalham na reciclagem para sempre usar luva. E teria que vir a agente de saúde alertar sobre isso. Porque tem pessoas que não têm esse conhecimento.

A8: Recomendar que usem camisinha.

A1: Concordo recomendar para usar camisinha.

A9: Mas vai depender da pessoa. Tem pessoas que acham que a camisinha não vai fazer nada e fazem sexo sem camisinha. [...] eu não sei o que os profissionais podem fazer .

A8: Acho que eles podem auxiliar para se cuidarem, dando remédio e coisas assim [...] não sei o que mais.

A1: Não basta só dar camisinha, falta eles falarem como que se usa. Tem que dar educação psicológica, tipo, ajudar a pessoa.

A10: Tipo, eles poderiam fabricar as camisinhas e vender em caixinhas e com o manual junto. Só que as pessoas têm vergonha de buscar. Mas em todo o lugar que a gente vai tem camisinha para vender.

A1: Ou se tivesse camisinha para os dois sexos nos postos, só tem para os homens. Eles tinham que dar mais camisinha para mulher e ensinar a mulher como que usa. Dar camisinha e o comprimido também, o anticoncepcional. Apesar de que muitos não usam. Muitos só pegam porque tão na frente lá. Porque são meio bobos acho. [...] eu tenho uma amiga minha que tomava aquelas injeção de 3 em 3 meses e não usava camisinha, só que o marido dela não soube usar a camisinha, a injeção não funcionou e ela engravidou, ela estava com 14 para 15 anos, [...] daí é uma criança cuidando de outra criança. Por isso eles têm que chegar e conversar com você, explicar, faz assim para usar, faz assim para se cuidar, faz assim para descartar.

Se tivesse uma pessoa especializada para aquela pessoa que tem vergonha, chegar e conversar, e se eles tivessem uma sala com as camisinhas para pessoa chegar lá pegar e conversar. Naverdade para mulher tem mais alternativa que para os homens. Para mulheres tem injeção, tem a camisinha, tem os comprimidos. Mas para os homens já não tem tanto, só a camisinha. Os anticoncepcionais não deixa a mulher engravidar porque na verdade, para as doenças não serem transmitidas, só a camisinha, e tem que se cuidar mais.

A10: Acho que só existe a camisinha de preservativo. Mas daí acho que eles têm que oferecer os testes para as pessoas verem se são portadoras de alguma doença sexualmente transmissível. E eles têm que fazer mais palestras nas escolas ou nos postos de saúde, talvez ajudar as pessoas e

entregar panfletos. Acho que eles têm que falar mais sobre as outras doenças não só sobre o HIV porque eu, por exemplo, não conheço as outras, só conheço HIV.

Repetidamente os participantes do estudo clamam por orientações, fornecimento de anticoncepcionais para evitar a gravidez precoce, bem como ajuda ao adolescente e à criança, caso tenha ocorrido a gravidez; solicitam testes para comprovação de doenças sexualmente transmissíveis, palestras nas escolas e unidades de saúde, fornecimento de panfletos, realização de palestras, informarem sobre outras doenças sexuais, além do HIV.

Os profissionais de saúde agora só podem ajudar ela (amiga que engravidou precocemente) sair dessa, ela vai ter que ir às consultas [...], ela é bem teimosa para ir nas consultas, mas ela precisa de ajuda com o nenê. (A2)(EI)

Os profissionais de saúde podem mandar a gente usar protetor, camisinha e também os comprimidos e a injeção. Eu acho que tem tratamento para essas doenças e a injeção para não engravidar. (A9)(EI)

Os profissionais de saúde poderiam passar nas casas, entregar panfletos, explicar ou fazer palestras nos postos de saúde e convidar as pessoas, e que elas venham e se alertem um pouco sobre isso. Não explicar só sobre o HIV, mas falar das outras doenças. Eu só me lembro do HIV, as outras não me lembro [...] Os serviços de saúde também podem ajudar elas no tratamento, tipo, eu li na internet que no postinho de saúde eles ajudam de alguma forma para que quando o filho nasce ele não fique com doença. É lá na hora do parto normal no hospital, daí eles não fazem parto normal na mulher que tenha alguma doença porque pode passar para o nenê, então eles fazem uma cesariana. (A10)(EI)

As conversas apresentadas na sequência, a partir na entrevista coletiva, convalidam as falas anteriores.

Conversa sobre a foto – Mulher grávida

A9: Acho que tratamento, em forma de comprimido, receitas médicas.

A1: Se ela já tiver AIDS ou alguma doença transmissível. Fazer exames de sangue e de urina. E ela tem que se cuidar também. Cuidar com quem vai sair. Tem um monte de IST. Por causa da palestra que a gente ouviu. Tem a sífilis, a gonorreia, tem um monte só que agora fugiu o nome da cabeça. Mas, eu já ouvi falarem bastante dessas doenças. Tem a crista de galo que dizem. Eu não sei o que é a crista de galo. Mas acontece que ela prejudica o pênis do homem (assovios), tipo abre o pênis.

A10: Então, os profissionais têm que falar mais sobre isso, a gente não sabe.

A1: Tipo, a gente só vê aquela imagem do pênis do homem aflorecido, entendeu. Eles tinham que explicar mais por que que acontece isso, por que que aflorece? Eles tinham que dar mais explicação do que acontece no corpo humano, por que acontecem essas reações.

A1: Na verdade tem muitas pessoas que têm vergonha de chegar e perguntar, daí eles tinham que chegar e dar uma palestra por cartazes, principalmente nos posto de saúde porque normalmente as pessoas vão nos posto de saúde.

A4. Cartazes! Eu não leio.

A10: As pessoas não leem os cartazes porque têm vergonha, eu também teria vergonha de ir lá e ficar lendo (risos).

A4: Ficar lendo (risos).

A1: Na verdade, eles deveriam fazer novas coisas para serem prevenidas as doenças sexualmente transmissíveis porque a única coisa que previne é a camisinha, não tem outro negócio, só a camisinha. Eles tinham que fazer mais coisas para as pessoas se prevenirem, tipo dar comprimidos.

A10: Mas é a única forma que eles acharam, dando camisinha. Acho que eles devem tá tentando. Tem aquelas pessoas que ficam no laboratório lá, mas do HIV eles não acharam ainda a cura.

Nas conversas dos interlocutores, observa-se que lembram de algumas IST e declaram que as formas de prevenção das mesmas devem ser inovadas para além do preservativo e, neste caso, mencionam a fabricação de medicamentos para ajudar na prevenção dessas patologias. A respeito do HIV/AIDS acreditam que estão havendo tentativas de cura, mas percebem que ainda não a encontraram. Nota-se que o sentimento de vergonha reaparece nessas conversas, assim como na fala que segue:

Eu acho que os profissionais de saúde podem passar nas casas tipo uma campanha entregando as camisinhas. Eles poderiam deixar a pessoa na sala falando com o médico, daí a enfermeira vai e entrega discretamente, e a pessoa guarda, termina de falar com o médico e sai do posto. Se não tiver uma consulta com o médico pode pedir um favor para uma enfermeira entregar. Eu sinto mais ou menos vergonha de pegar porque é muita gente lá, daí dá vergonha. (A3)(E1)

Nas expressões que seguem, verifica-se que os informantes visualizam a possibilidade da oferta de vacinas para prevenção das IST, entretanto percebem que

para o HIV ainda não existe vacina, demonstrando que estão ávidos pela cura dessa infecção.

Eu penso que devia achar rápido uma cura para que ajudem as pessoas que têm essas doenças. [...], eu aconselharia que usassem a camisinha para que esterilizassem as coisas que usam e passam para outro e dava conselhos. (A7)(E1)

Eu não sei quais os cuidados que os serviços de saúde têm que disponibilizar para as pessoas. [...], os serviços de saúde podem oferecer vacinas para se prevenir, só que às vezes não é possível, para o HIV não tem uma vacina porque ela não tem cura.[...], a parte deles, eles já fazem para as pessoas. [...], eu acho que precisaria eles irem mais nas escolas, mais palestras, para melhorar isso, só que vai da pessoa querer se cuidar também. (A10)(E1)

Diante dessas solicitações, reflete-se que inúmeros esforços estão sendo feitos no mundo todo em busca da cura da AIDS, no entanto as perspectivas são ainda reduzidas. Para Lima, Almeida e Vieira (2015), a AIDS não tem cura, mas tem tratamento. O processo de adesão ao tratamento é, sem dúvida, algo importante e vital para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA); sem o medicamento, elas morreriam mais rápido e sofreriam com várias doenças oportunistas.

Todavia, a ideia de adesão necessita ser construída entre a pessoa medicada e a equipe de saúde. O indivíduo não é somente um ser biológico, e não vive somente de remédio. A adesão ao tratamento deveria ser sempre problematizada, levando-se em consideração os discursos circulantes e as formas possíveis de vida do sujeito. É ele quem deve escolher seus caminhos e fazer com o inevitável o possível para uma vida melhor, pautando-se no seu próprio referencial de vida (LIMA; ALMEIDA, VIEIRA, 2015).

Para além dos tratamentos medicamentosos, os adolescentes entendem que a pessoa quando está infectada pelo vírus do HIV deve dirigir-se à unidade de saúde para receber informações dos profissionais de saúde, os quais devem realizar visitas domiciliares para conversar, prestar informações, indicar psicólogo e ajudá-las nas suas condições de saúde/doença.

As experiências e convivências com amigo infectado pelo HIV provoca reflexão sobre o preconceito e prevenção. Mencionam que se os profissionais tivessem conversado antes de ocorrer a infecção do HIV no amigo, possivelmente

teria ajudado a evitá-la. O agente de saúde deve passar informações e aconselhar para que as pessoas se previnam.

Acho que ela (pessoa com HIV) podia ir num posto pedir informação para ver se tem cura. [...] os profissionais de saúde devem dar remédios [...] aqueles que dão sabe, é um monte de comprimidos[...] também podiam ir na casa conversar com ela, [...] sobre essas doenças e sobre a AIDS. Ajudar ela para ver se ela se cura. Eu acho que tem injeção. Ou uma agente de saúde, [...] passar pela casa falando sobre isso, se ouvir a agente de saúde e seguir o conselho delas[...] eu acho que previne também um pouco. (A5)(EI)

Os profissionais de saúde podiam ajudar esse tipo de pessoa que tem AIDS, talvez conversar e indicar um bom psicólogo para ir lá e conversar com a pessoa. [...] um amigo meu manteve relação sexual com a minha vizinha, [...] eu acho que ela já tinha tido com outro, daí ela passou HIV para ele. Quando descobriram deram risada dele, ele se afastou de mim. Eu saía bastante com ele, [...], eu não encontrei mais ele porque se mudou, mas acho que os profissionais se tivessem conversado com ele antes eu não garanto que teria evitado, mas ia ajudar bastante, ele ia pensar duas vezes antes de manter relação sem proteção. [...], que eu me lembre, sempre usei a camisinha, sempre usei proteção. (A6) (EI)

Transpondo essas abordagens para o enfoque da vulnerabilidade programática e suas interfaces com as dimensões individuais e sociais, sobrevém o convite para pensar nas práticas de saúde com relação aos tratamentos e cuidados das pessoas com HIV/AIDS. Entende-se que cada pessoa com seu tratamento necessita ser compreendida e cuidada de modo singular. Dos profissionais de saúde é requerido repensar as atitudes e a forma de interação com as pessoas. Os aspectos facilitadores, à luz do quadro da vulnerabilidade e do cuidado, são a construção de vínculos, conversar sobre o desejo de fazer e manter o tratamento, compreender as inseguranças, medos e conflitos, entre outros aspectos envolvidos.

Merhy e Feuerwerker (2009) concluem que os trabalhadores necessitam reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, constituído de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que carecem ser levadas em conta, tanto para compreender a singularidade da situação vivida como para estabelecer o melhor plano de cuidado.

Entre os demais anseios de cuidado relativo à saúde sexual, reivindicam que os profissionais de saúde devem fazer campanhas de conscientização e distribuição de panfletos instrutivos pela preocupação com reuso de agulhas, lixo contaminado,

uso de drogas, pessoas que não se cuidam por não se perceberem sujeitas a doenças.

Acho que os profissionais de saúde podem auxiliar as pessoas a não fazer isso ou dizer que tem que esterilizar a agulha quando for fazer tatuagem ou orientar as pessoas para ir num tatuador profissional. [...] eles podem fazer a pessoa se cuidar e se a pessoa já tem alguma doença, tipo AIDS, eles podem indicar o coquetel da AIDS para a tomar, é isso. (A3)(EI)

Acho que os profissionais de saúde podiam fazer uma campanha, tipo pegar e conscientizar as famílias para cuidar mais, para não jogarem no chão o preservativo, guardar e levar nos postos de saúde. (A4)(EI)

Eu acho que deveria ter mais campanhas em lugares mais perto das pessoas para incentivar o não uso das drogas [...] tem pessoas que vão participar outras não [...], elas acham que acontecem com as outras pessoas e não com elas, e pode acontecer com todo mundo. Eu acho que os profissionais de saúde têm que orientar, avisá-las. Se fosse comigo, eu ia pedir que me explicassem como é a doença e me dessem conselhos de como se prevenir. (A7)(EI)

Alguns adolescentes têm clareza de que a AIDS não tem cura, ressaltando as campanhas e propagandas para incentivar a prevenção. Observam que as pessoas não buscam as unidades de saúde para pedir informações porque preferem ficar em casa assistindo televisão, navegando no computador ou no celular. Por isso, acreditam que passar informações nas redes sociais e outros meios de comunicação favorece a aquisição de conhecimentos sobre as IST/HIV/AIDS. Nessas fontes sugerem maior divulgação sobre o tratamento da AIDS.

Na minha opinião acho que a AIDS não tem cura, mas acho que tem que ter campanhas, ir passando propagandas para se cuidarem, para se prevenirem. [...] tem muito mais pessoas assistindo TV e olhando no computador ou no celular do que indo no posto pedir informação. Eu acho que se passar na televisão ou caindo na rede social ou alguma coisa assim, eles vão estar assistindo mais e aprendendo sobre a AIDS e essas doenças. (A5)(EI)

Os profissionais para eles ajudarem no caso dessas pessoas, acho que deveriam divulgar mais como tratar a doença, como fazer para se sentir bem. Eles têm que usar as redes sociais para divulgar isso. É um dos meios, mas tem vários. Eles podem ajudar por meio de palestras, ir nas casas, pelas redes sociais divulgando assuntos de como tratar das doenças. (A6)(EI)

Os adolescentes visualizam os agentes comunitários de saúde (ACS) nos cenários de cuidado ao fazerem referência ao usuário de crack e à AIDS.

[...] eu não vejo o que os profissionais de saúde podem fazer sobre isso, [...], mas acho que podem estar sempre conciliando, quando ver algum mendigo que consomem crack, [...] o agente de saúde pode explicar, convidar, vamos para uma clínica [...] para se tratar para tu melhorar, para você voltar com a tua família, [...] eu não vejo muito como podem ajudar. (A1) (EI)

Eu acho que os profissionais têm que falar mais sobre essas doenças, fazer responder, perguntar para as pessoas se elas sabem, se não sabem e ir falando para as pessoas ficar sabendo. Para depois não tá com AIDS, depois não adianta vir com desculpa que não sabia. E os agentes de saúde também ir falando [...] pedir se já sabe sobre isso, passar pelas casas, acho que também ajudaria bastante porque tem várias pessoas nem tem ideia do que é isso. (A5)(EI)

Acho que os profissionais de saúde podem fazer campanhas. Que ajudem nos tratamentos contra a AIDS. Se houver tratamento? Contra essas doenças aí. Os agentes de saúde podem explicar e escrever em cartazes para fazer exames semanais que ajudam a prevenir. Tem umas pessoas que não vão fazer pela vergonha. Tem muitas vezes que eles pedem exames de fezes de urina e a pessoa tem vergonha de fazer. (A7)(EI)

Identifica-se que os agentes comunitários de saúde são de fato importantes aliados nos cuidados à saúde das pessoas, uma vez que conhecem bem a área de atuação e estão em contato direto com as famílias. Na visão dos adolescentes, os agentes de saúde são informadores/educadores, no entanto demonstram haver lacunas com relação a orientações sobre as IST/HIV/AIDS, requisitando a necessidade de incluí-las nas suas rotinas de trabalho.

Segundo Brasil, Amorim e Queiroz (2013), os ACS sentem-se despreparados para desenvolver atividades com a população de adolescentes, uma vez que nem sempre se consideram aptos a corresponderem às necessidades desse grupo. No exercício de sua função, quando surgem situações extremas e difíceis, muitas vezes, esse trabalhador percebe as deficiências em sua formação, e essas situações delicadas servem para tornar evidente a necessidade de capacitação, como também a necessidade de um trabalho integrado na equipe para dar suporte a estas demandas; são reconhecedores da falta de oportunidades de capacitações e demonstram interesses para qualificar-se mais.

Os assuntos sugeridos à qualificação pelos ACS correspondem à adolescência como um todo, abrangendo alguns temas relacionados à sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, enfim, temas

emergentes, como o uso de álcool e drogas que são tão prevalentes entre os adolescentes (BRASIL, AMORIM, QUEIROZ, 2013).

De acordo com Neves (2016), a importância de estudos sobre capacitação dos ACS em relação às IST é tendência crescente no Brasil, visto que estas são doenças que podem gerar complicação nos indivíduos, se não tratadas, possibilitando um aumento de casos a cada ano. O ACS, por ser um profissional da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que trabalha com a prevenção de doenças e promoção da saúde, deve ter conhecimentos necessários para instruir a população sobre esses agravos.

Com esse entendimento, percebe-se que a participação de agentes comunitários de saúde nas práticas educativas voltadas ao cuidado às IST/HIV/AIDS deve ser fortalecida, já que é um profissional com possibilidade de criar vínculos e possui maior conhecimento das situações de vida dos adolescentes e nem sempre estes são lembrados nas ações de cuidado à saúde.

Estando os agentes comunitários de saúde qualificados para o cuidado na área do cuidado sexual, é possível que atinjam as populações de risco, acrescidas de vulnerabilidades nos territórios de sua abrangência que certamente envolve um ou mais sistemas bioecológicos, e as façam perceber no seu entorno as questões relacionadas ao IST/HIV/AIDS no campo dos direitos humanos e das vulnerabilidades.

De modo geral, constata-se que as ações de conscientização desenvolvidas pelos profissionais de saúde, como também o papel dos agentes de saúde no processo cuidativo, as campanhas, propagandas e mídia para incentivar a prevenção das IST/HIV/AIDS são temas levantados pelos adolescentes que merecem os aprofundamentos realizados neste estudo.

Sobre a conscientização na prevenção e tratamento às IST/HIV/AIDS, entende-se que é um componente importante nos contextos do cuidado à saúde e desenvolvida pelos profissionais de saúde; consiste em um processo educativo, procedido através de ações dialógicas que visam empoderar as pessoas para alcançarem domínios sobre sua saúde e acerca dela possam tomar decisões com maior propriedade.

No Brasil, a educação em saúde vem ganhando espaço a partir do processo da reforma sanitária, mais precisamente com a mudança do modelo assistencial, que, na atualidade, vem propiciando novas práticas setoriais e afirmando a

indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. No entanto, prevalece a característica da educação tradicional e, diante dessa realidade, revela-se a necessidade de que os profissionais de saúde trabalhem na perspectiva da promoção da saúde, tendo em vista que os mesmos estão inseridos em um modelo voltado para o empoderamento dos usuários (BEZERRA *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde insere que a educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, devendo ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam com o princípio da integralidade porque a atenção integral, em todos os níveis do sistema, envolve a integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado (BRASIL, 2007b).

O órgão governamental acima referido inclui, ainda, que se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde por meio de uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa que colabore com a autonomia do usuário, no que se relaciona à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; por isso, é importante a autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar maneiras de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007b).

No campo das IST/HIV/AIDS, o agir educativo tem se concretizado nas práticas de atendimentos pré e pós-testagem, bem como no aconselhamento (TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014). No âmbito das pessoas com HIV/AIDS, as atividades educativas em grupo são tidas como estratégia valiosa porque promovem a experiência coletiva: o próprio grupo busca soluções para o enfrentamento da doença, a melhor forma de adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida (GALVÃO *et al.*, 2011). Ao serem desenvolvidas por profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde, as práticas contribuem para que o indivíduo amplie a compreensão sobre o seu estado de saúde, favorecendo um posicionamento crítico e relacionando ao seu contexto de vida (GUEDES; STHEFAN-SOUZA, 2009).

Na esfera da promoção e prevenção, o estudo de Santos *et al.* (2016) evidencia que, nos dias atuais, a falta de informações da população sobre as IST é uma realidade alarmante, constatando a importância de ações de prevenção e promoção da saúde através da transmissão de informações sobre as respectivas patologias. Importante observar que, com o objetivo de evitar o contágio inicial, as ações em saúde devem ser efetuadas na adolescência e reafirmadas ao longo da idade adulta, já que os agravos podem trazer consequências à saúde dos

indivíduos, além de gerar oneração de gastos públicos, como internações, exames e tratamentos.

Os autores incluem que a equipe multidisciplinar de saúde, a partir de ações educativas de saúde, deve instruir a população sobre a profilaxia e os danos causados pelas IST, em geral, especialmente pelas que mais acometem os indivíduos, como o HIV e HPV. A proposta inclui orientar a população a procurar os serviços de saúde quando estes percebem qualquer manifestação fisiológica, como sintomas indicativos de uma IST, corrimento, verrugas e lesões ou feridas nos órgãos genitais (SANTOS *et al.*, 2016).

Mediante essas concepções, entende-se que o cuidado profissional perante as IST/HIV/Aids requer a realização de ações educativas amplas, que atinjam as pessoas em nível de promoção, prevenção e tratamento, contribuindo, assim, com aprendizagens mútuas, construções coletivas, interdisciplinares, dialógicas e que, acima de tudo, estimulem o empoderamento dos indivíduos com relação aos seus direitos enquanto cidadãos e usuários do SUS.

No que tange ao cuidado profissional direcionado aos adolescentes mediante suas vulnerabilidades às IST/HIV/AIDS, uma revisão integrativa verificou a importância da utilização de metodologias educativas que promovam a integração dos adolescentes envolvidos no processo, permitindo a troca de experiências e informações e conscientizando sobre as maneiras de prevenção de IST/AIDS (REIS *et al.*, 2014).

O referido estudo identificou a necessidade de construção do conhecimento científico da enfermagem com enfoque nas ações educativas desenvolvidas com adolescentes em situação de vulnerabilidade às IST/AIDS, evidenciando que o enfermeiro, por ser um integrante da equipe de saúde, tem papel essencial no cuidado às pessoas vivendo com o HIV/AIDS; sugerem que esse profissional desenvolva estratégias de promoção da saúde, as quais levem os adolescentes a conhecerem as maneiras de prevenção das IST/AIDS para que possam desenvolver a sua sexualidade de forma segura (REIS *et al.*, 2014).

A sugestão é priorizar a tríade saúde-educação-família por se constituírem elementos essenciais para o cuidado à saúde dos adolescentes. Nesse sentido, seria interessante fazer intervenções com a família do adolescente visando atingi-los de modo indireto. Na prática, significa ingressar no meio familiar e empoderá-la com

instruções sobre sexualidade e sexo para que possa disseminar, com segurança e propriedade, as informações repassadas aos filhos.

Essas questões são complementadas por Motta *et al.* (2014), ao declararem que é preciso atentar para a importância do acompanhamento interdisciplinar da população de adolescentes, de modo a desenvolver um cuidado centrado no adolescente e na sua família, visando proporcionar a ocupação de um espaço social de luta pelos seus direitos de cidadania e fornecer instrumentos que auxiliem o desenvolvimento de um senso de empoderamento individual e coletivo para o cuidado de si.

Dentre as demandas de cuidado profissional solicitadas pelos adolescentes, encontram-se os desejos de campanhas e distribuição de *folders* e panfletos educativos para orientar as pessoas sobre o cuidado à saúde sexual, havendo sempre uma sombra de preocupação com o HIV/AIDS em seus pronunciamentos.

Para iniciar esse debate, importante reportar-se à Carta de Ottawa, que, para Promoção da Saúde, representa a formulação de uma base ideológica e define a promoção de saúde como um processo através do qual os indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre sua saúde e melhorá-la, significando reconhecer a importância do poder e do controle para a promoção da saúde (BUSS, 2000).

No contexto da promoção da saúde são englobadas ações governamentais, como a proposição de leis e desenvolvimento de campanhas nacionais. Com relação ao HIV/AIDS, no ano de 1986, iniciaram as campanhas de prevenção a essa patologia através de mecanismos de *marketing* social. Os meios de comunicação, principalmente a televisão, encarregaram-se de dissipar as propostas. Entre os anos de 1986 e 2000, os órgãos governamentais lançaram mais de 70 (setenta) anúncios na televisão sobre a prevenção do HIV/AIDS (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Nos primeiros anos, as campanhas tratavam o HIV/AIDS como doença que vinha de fora. Porém, na medida em que os índices da infecção foram crescendo no país, esse discurso foi abandonado. Entre os anos 1994 e 2000, a mulher passou a ser responsabilizada a ter cuidados com a própria saúde. A partir do ano 2000, a ênfase se deu no uso do preservativo masculino e os homens voltaram a ser tema das campanhas (BERBEL, RIGOLIN, 2011).

Santos e Oliveira (2010) fazem uma crítica das campanhas brasileiras realizadas na década de 1990 e notam o viés individual inserido nas mesmas. Como

exemplo, citam os temas de algumas dessas campanhas: “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” (1991); “Quem se ama, se cuida” (1995); “Viver sem AIDS só depende de você” (1999); “Prevenir é tão fácil quanto pegar” (2000); dentre outras (grifos dos autores).

Para Santos e Oliveira (2010, p. 3), “no geral, as abordagens centram-se na conscientização do risco e da necessidade de negociar o sexo seguro com o parceiro, sem levar em conta as condições estruturais que definem posições de poder e subordinação”. As campanhas estariam passando as mensagens endereçadas a mulheres, posicionadas como sujeitos de risco do HIV/AIDS, e o homem como objeto deste risco, ou seja, as mulheres têm maior responsabilidade na prevenção.

As campanhas de prevenção à transmissão sexual do HIV/AIDS se distanciam das circunstâncias de vida das mulheres, produzindo, assim, um discurso com pouco ou nenhum significado. Para fazer a necessária diferença na capacidade das mulheres, a fim de se protegerem contra a AIDS, é necessário partir de uma análise mais realista das condições em que as mulheres têm de negociar o sexo seguro com seus parceiros e superar os projetos de prevenção baseados na noção monolítica de risco (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Nas décadas seguintes, as campanhas continuaram buscando focalizar inúmeras formas de prevenção. A maioria foi lançada em épocas de carnaval, estimulando o uso do preservativo. Algumas marcaram a mulher como protagonista na prevenção; outras lançaram um olhar para jovens e adolescentes pela iniciação precoce das atividades sexuais; e, ainda, há as campanhas que se embasaram em dados estatísticos ou estudos científicos pelas evidências de elevação da contaminação pelo HIV (ALVES, 2013).

Garcia, Bellini e Pavanello (2011) ajudam a refletir sobre essa questão. No Brasil, as campanhas foram criticadas pelo seu teor e por sua divulgação esporádica, realizadas apenas nos Carnavais e no Dia Mundial de luta contra a AIDS (1^o dezembro), e mesmo após vinte anos do início das ações governamentais, a combinação entre tratamento e informações ainda é frágil. Não só no Brasil, como em outros países, entre os quais França, Argentina e Estados Unidos, existem campanhas que buscam persuadir o leitor, gerando medo à síndrome e sua prevenção.

Porém, embora existam críticas às campanhas e outros materiais educativos lançados pelos órgãos governamentais, observam-se esforços programáticos envolvidos na problemática do HIV/AIDS e de outras patologias. De modo geral, as campanhas apresentam situações que mostram riscos e vulnerabilidades à transmissão da doença, chamando a atenção para a prevenção, na tentativa de dar uma resposta à disseminação de doenças.

Mediante essas reflexões, observa-se o quanto é desafiador produzir campanhas que deem conta das amplas contextualizações da população. Costa (2014) ressalta a desafiadora tarefa de produzir campanhas que, efetivamente, atinjam a população dos profissionais de comunicação que atuam na área das campanhas e questiona sobre qual tipo de campanha seria melhor. Como resposta indica ouvir as pessoas, reconhecendo-as como sujeitos de discursos legítimos, e não erráticos ou frutos de ignorância. Antes de se tentar, com as campanhas, mudar as práticas dos indivíduos para a adoção de comportamentos preventivos, com relação ao HIV/AIDS, é preciso mudar a prática atual de escuta. Se este passo for dado, as campanhas certamente obterão rumos e resultados melhores.

A autora sugere como projeto futuro um banco de campanhas visando angariar relatos, memórias e narrativas de pessoas comuns, e não de especialistas, que informem à sociedade e aos formuladores de campanhas quais discursos eles deixam de levar em conta, produzindo novas leituras e outros sentidos sobre a AIDS (COSTA, 2014).

Assessorando as campanhas, também outros acervos educativos, como *folders*, panfletos, cartazes, vídeos, CDs, foram elaborados e distribuídos pelos órgãos governamentais com a mesma proposta - a de chamar a atenção da população para o cuidado com as IST/HIV/AIDS. Esses materiais se encarregam de propagar informações relacionadas à saúde e à doença, conforme o direcionamento dado e o significado ideológico, visando contribuir com o viver saudável da população em nível individual e coletivo.

No estudo de Lemos (2016) foi identificado que os cartazes cooperam para a solidificação dos ideais, assim como para a representação da população e dos profissionais de saúde em uma composição de elementos de cunho informativo e de elementos de cunho publicitário, revelando que o propósito desses textos é tanto informar quanto influenciar e moldar o pensamento do(a) leitor(a). Por apresentarem uma situação ideal como se fosse real, as composições dos cartazes possuem

significados ideológicos que deslocam a responsabilidade dos órgãos públicos para a responsabilidade dos usuários.

Sobre as campanhas relacionadas às demais IST, identificou-se que estão inseridas nas campanhas do HIV/AIDS, exceto quando ocorre incidência elevada de alguma em particular, como no caso atual do HPV e Sífilis, situações em que elas passam, então, a serem intensificadas isoladamente, juntamente com outras medidas.

Mesmo diante das adversidades descritas, no universo dos adolescentes, observa-se que as campanhas, os *folders* e panfletos educativos estão colaborando nas suas condutas de cuidado à saúde, já que trazem na memória essas medidas e recomendam continuar realizando-as. Concebe-se, assim, que mesmo trazendo mensagens apelativas ligadas ao medo, relações de gênero ou descontextualizadas, as campanhas estão promovendo alertas e reflexões para o cuidado à saúde das pessoas.

Para o enfermeiro, eu pediria informação para os meus amigos, para eu passar para eles se prevenirem, [...] se cuidarem. Acho que eles poderiam ajudar a fazer campanhas para prevenir essas doenças e para as meninas não engravidarem. Uma vez uma menina na minha sala, nós estudávamos na sexta série, daí ela me perguntou se ela tivesse relação sexual se iria engravidar, [...] eu falei que se usasse proteção tipo a camisinha não engravidava, se tivesse cuidado, e aí nem adiantou muito porque agora ela tá grávida, tem treze anos nas costas e grávida de dois meses. (A5)(EI)

Os profissionais de saúde podem continuar fazendo as campanhas, [...] fazer palestras nas escolas para alertar os adolescentes, entregar panfletos para os adultos porque tem gente que não conhece essas doenças e essas campanhas acho que ajudam. (A10) (EI)

Para encerrar, extrai-se dessas reflexões que, na percepção dos adolescentes, o cuidado à saúde sexual envolve uma série de ações, efetuadas por meio do autocuidado, conscientização, processos educativos, direitos humanos, aconselhamentos, tratamentos, acessos aos bens e serviços, interações e escutas sensíveis, trabalho em equipe e qualificação profissional.

Por demandar esse arsenal de solicitações, acredita-se que possam desencadear uma ansiedade entre os profissionais que desenvolvem o cuidado à saúde, resultando, talvez, em desestímulos e rejeições. Entretanto, vale lembrar que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, como sujeitos de direitos que são, portanto, os adolescentes requerem cuidados nas suas necessidades.

A sugestão é priorizar a tríade saúde-educação-família por se constituírem elementos essenciais para o cuidado à saúde dos adolescentes. Nesse sentido, seria relevante fazer intervenções com a família dos adolescentes visando atingi-los de modo indireto. Na prática, significa ingressar no meio familiar e empoderá-la com instruções sobre sexualidade, sexo, para que as informações aos filhos sejam divulgadas com segurança e propriedade.

Para realizar essa prática, faz-se necessário envolvimento multiprofissional, escuta sensível e formação efetiva de vínculos. Na perspectiva multiprofissional, significaria contemplar um profissional da área da psicologia para ajudar nas inseguranças e constrangimentos; um profissional enfermeiro que promova a educação, de acordo com as necessidades dos indivíduos; um profissional da área médica comprometido com educação, além das suas atribuições e competências; os agentes de saúde para reforçarem e darem seguimento às instruções repassadas; e, se possível, outros profissionais que possam estar proporcionando conhecimentos relativos a esta proposta.

A escuta sensível requer dar voz à família, identificando quais são suas dificuldades na educação/ preparação dos filhos sobre o assunto, de modo a atender em caráter resolutivo e integral às suas necessidades. Com isso, serão desenvolvidos os vínculos esperados, considerados fundamentais para o efetivo cuidado à saúde sexual dos adolescentes.

Diante do exposto, entende-se que há ganhos diversos porque, com base no fortalecimento da família do adolescente (microsistema), ele também se fortalece e portanto, suas condutas e comportamentos respaldados na educação familiar irão influenciar e repercutir no sistemas bioecológicos, no qual está inserido e, na medida em que se torna conhecedor das suas vulnerabilidades perante as doenças sexuais, é capaz de mobilizar não só para si, mas também para seus pares, mudanças em seus contextos de vida.

7 FINALIZAÇÕES

Ao chegar nesta etapa do estudo, cabe tecer algumas considerações sobre os achados, buscando de modo sintetizado transmitir uma ideia geral das interpretações construídas a partir das informações advindas dos adolescentes, embasadas nos referenciais eleitos para o estudo.

Inicialmente cabe mencionar que se concebe a existência de uma interseção entre os elementos da Teoria Bioecológica com o marco conceitual da Vulnerabilidade. Trata-se de dois referenciais que possuem olhares diferentes para as mesmas coisas, ambos se complementam e possibilitam compreender os contextos do viver humano. As situações de vulnerabilidades estão inseridas nos múltiplos sistemas bioecológicos, a exemplo, as vulnerabilidades individuais aparecem com nitidez nos micro e mesossistemas.

O microsistema embora cumpra a função de instruir e oportunizar vivências e experiências aos adolescentes sobre aspectos relacionados à saúde sexual possui fragilidades na transmissão de conhecimentos no meio familiar devido aos constrangimentos que se estabelecem quando abordadas questões sobre sexo a temas afins. Contudo, os ensinamentos transmitidos nesse sistema são edificados e sustentam as condutas dos adolescentes diante das IST/HIV/AIDS, amenizando as situações de vulnerabilidades individuais embora não suprimidas de seus cotidianos de vida.

De igual modo, o mesossistema constitui-se um laboratório, onde se revelam situações do cotidiano de vida que provocam reflexões nos adolescentes e contribuem para a tomada consciência devido às problemáticas relacionadas às IST/HIV/AIDS que vivenciam e, a partir destas, passam a adotar cuidados à saúde sexual construídos com base nas adversidades. Trata-se de um sistema que desenvolve uma doutrina de ensinamentos, construídos nas interrelações, com amigos, vizinhos, escola, religiões e ONG que fortalecem as condutas de cuidado dos adolescentes no que tange à saúde sexual. Porém, prevalece uma incipiência de conhecimentos sobre as IST/HIV/AIDS em decorrência da educação fragmentada que acontece no meio familiar e na escola, dando margem para o fortalecimento das vulnerabilidades individuais.

Da mesma forma, integrados e atuando de modo indireto, encontram-se os demais sistemas bioecológicos, o exossistema, o macrosistema e o cronossistema, imprimindo códigos e insígnias pautados nas questões socioeconômicas, histórias de vida, políticas e programas de saúde e educação, que implicam nas situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Estas aparecem como resultados das construções socioculturais, fragmentações nos processos educacionais e lacunas nas ações programáticas relacionadas às IST/HIV/AIDS. A exemplo, os acessos entravados aos bens e serviços de saúde, a disseminação das drogas e lixos espalhados no bairro onde os adolescentes vivem, os preconceitos e estigmatizações cultuados sobre o HIV/AIDS, os sentimentos de vergonha manifestados pelos adolescentes mediante as dúvidas que têm sobre sexualidade e sexo diante dos profissionais e serviços das áreas de saúde e da área da educação.

Oportunamente, as drogas, o preconceito ao HIV/AIDS, a associação da anticoncepção com a prevenção das IST/HIV/AIDS, os acessos fragilizados de preservativos, seringas e agulhas e o sentimento de vergonha foram temas que se destacaram neste estudo e merecem atenção dos profissionais das áreas da saúde e educação.

Sobre as drogas, observou-se que os adolescentes demonstram despreocupação e convivem naturalmente com as ofertas de drogas e com as realidades que presenciam. No universo das drogas estão inseridas as situações de vulnerabilidades no âmbito individual, social e programática, tendo em vista que o uso de drogas na sociedade abrange processos sociais, culturais, políticos e educacionais, e sendo assim, o enfrentamento a essas situações, em grande parte, vai depender das informações que os adolescentes têm sobre o assunto e como se percebem em risco.

Com relação aos preconceitos, notadamente, os adolescentes demonstram maior preocupação com a contaminação do HIV/AIDS pelo temor da morte e preconceitos envolvidos, apesar de darem indícios de que as pessoas podem viver tranquilamente com a doença. Mas, os preconceitos e estigmatizações expressas no meio social em que vivem os fazem pensar e refletir, carregando consigo a preocupação de não se contaminar, uma vez que não desejam passar pela mesma situação.

Sobre os acessos aos preservativos, seringas e agulhas, constatou-se que precisam ser fornecidos de forma ampla, abundante e individualizados atendendo às

reais demandas dos adolescentes. O ideal é disponibilizá-los nos ambientes onde frequentam, colocados estrategicamente em banheiros de escolas, baladas, *shopping*, cinemas, barzinhos e *pubs*, praças, entre outros, que favoreçam a individualidade, tão almejada por eles. Essa ação pode atenuar as situações de vulnerabilidades no âmbito individual, social e programático perante as IST/HIV/AIDS.

A associação que fazem com a anticoncepção e a prevenção das IST/HIV/AIDS está ligada à pessoa que almeja ter filhos e precisa suprimir o uso do preservativo. Nesse caso, entendem que devem fazer exames prévios e usar o anticoncepcional associado ao preservativo, prevendo que o preservativo se rompa e, assim, não incorrer na possibilidade de uma gravidez indesejada e de um filho nascer doente. Concebem que anticoncepcionais devem ser disponibilizados para meninas precocemente, já que estão iniciando atividades sexuais muito cedo e precisam evitar a gravidez precoce por não estarem estabilizadas financeiramente e porque devem almejar planos futuros.

O sentimento de vergonha tem relação com a etapa evolutiva dos adolescentes. Está associado ao medo e insegurança de se exporem perante os outros; à incipiência de informações que disponibilizam sobre as IST/HIV/AIDS; à moral e aos tabus implantados pela cultura. Todos esses componentes foram interpretados como fatores que limitam os adolescentes na prevenção das IST/HIV/AIDS, visto que deixam de procurar os serviços de saúde, assim como outras pessoas do seu convívio, que poderiam sanar dúvidas, pegar preservativos e usufruir de outros bens e serviços disponibilizados pelos serviços de saúde. Por conta desse sentimento de vergonha, os adolescentes chamam a atenção para a disponibilização de um espaço individualizado nos ambientes de saúde destinados a eles.

Ao manifestarem suas demandas de cuidado à saúde sexual, os adolescentes reforçam, de modo significativo, a preocupação que têm com a contaminação do HIV/AIDS e demonstram que as demais IST não fazem parte dos seus discursos. Sobressaem preocupações como a falta de cuidado das pessoas com a saúde sexual, devendo estas atentarem para o uso do preservativo ao se relacionarem sexualmente; e no caso da drogadição, manterem cuidado com o descarte de seringas e agulhas usadas pela drogadição ou tatuagens. Do cuidado profissional, requerem informações/educação sobre as doenças sexuais e solicitam

visitas domiciliares para fornecer essas orientações. Solicitam que sejam elaboradas campanhas de conscientização, distribuição de *folders* e panfletos para despertar nas pessoas a necessidade da prevenção às doenças sexuais.

Lembrando que os adolescentes são sujeitos de direitos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, a sugestão é fazer intervenções com as famílias porque, como formadoras das bases dos conhecimentos que os adolescentes adotam para si, acredita-se que ao empoderá-las e prepará-las para lidarem com a educação sexual dos filhos, possam contribuir para o não fortalecimento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, assim como o não favorecimento de ambientes suscetíveis à chance de adoecimento.

De igual modo, é importante haver diálogos multidisciplinares e transdisciplinares, principalmente entre as áreas da saúde e educação, com abordagens transversalizadas que proporcionem aos adolescentes a autonomia e/ou autocuidado, bem como mudanças nos estilos de vida desfavoráveis à saúde, e os estimulem a procurar mais pelos serviços de saúde.

Em conjunto, seria interessante que os serviços de saúde e as escolas criassem espaços físicos de cuidado à saúde para acolher os adolescentes, oportunizando a subjetividade do cuidado – escutas e diálogos, muito enfatizados pelos adolescentes do estudo, visto que, contrariando o próprio estatuto dos direitos das crianças e adolescentes, não existem esses espaços, nem mesmo nos hospitais.

Acredita-se que os resultados deste estudo podem contribuir nos diversos campos de atuação dos profissionais de saúde, mais especificamente aos profissionais da área da enfermagem, uma vez que os achados fornecem subsídios tanto para os espaços da formação profissional como das práticas assistenciais em saúde por destacarem pontos importantes que podem ser incluídos nas estratégias de cuidado à saúde dos adolescentes no âmbito das vulnerabilidades e dos ambientes bioecológicos em que vivem.

Portanto, desenhos metodológicos com outras técnicas de investigação e com os respectivos referenciais podem aprofundar conhecimentos nessa área de investigação. Indica-se investigar como a família informa/educa os filhos para prevenção das IST/HIV/Aids, considerando a incipiência de estudos relacionados ao cuidado familiar com a prevenção a essas doenças.

As potencialidades desta pesquisa se encontram na estratégia de coleta de informações, pois as fotografias facilitaram os pronunciamentos e desenvolvimentos dos adolescentes sobre o objeto de investigação, sendo uma técnica recomendada para ser utilizada em trabalhos com adolescentes quando se deseja conhecer seus universos contextuais e promover ações de cuidado à saúde de modo contextualizado.

Enfim, cabe inferir, ainda, que esse conhecimento trouxe um enriquecimento pessoal e possibilitou perceber o compromisso profissional de alinhar os ensinamentos adquiridos por meio deste estudo com as práticas educativas com os acadêmicos de enfermagem e as práticas desenvolvidas nos projetos de extensão direcionados aos cuidados dos adolescentes perante a prevenção das IST/HIV/AIDS. Além disso, tem-se a intenção de compartilhar com colegas e educadores da área elucidando o tema nos ambientes de saúde e escola, no meio universitário, em eventos científicos, entre outros, e com isso colaborar para o fortalecimento da ciência da enfermagem.

8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

A partir desse compilado de informações, faz-se necessário sinalizar algumas recomendações, de modo sintetizado, para auxiliar os profissionais das áreas da saúde, educação e do ensino em enfermagem a construírem estratégias de cuidado à saúde sexual dos adolescentes, atentando para ações desenvolvidas no meio familiar do adolescente e com o próprio adolescente para que possam com segurança enfrentar as situações de vulnerabilidades relacionadas ao universo das atividades sexuais:

FAMÍLIA

Desenvolver ações educativas multiprofissionais sobre sexo e sexualidade e cuidados com a saúde sexual às famílias de adolescentes por meio de visitas domiciliares ou atividades nas unidades de saúde visando:

- ✓ ao levantamento das necessidades, dificuldades e enfrentamentos perante o cuidado a saúde sexual;
- ✓ ao levantamento das necessidades, dificuldades e enfrentamentos perante o cuidado à saúde sexual utilizando como ferramenta do genograma e o ecomapa do Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF) descritos pelas enfermeiras canadenses Lorraine M.Wright e Mauren Leahey;
- ✓ à identificação das situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas;
- ✓ ao reconhecimento das interações e influências dos sistemas bioecológicos nos contextos de vida (micro, meso, exo, crono e macro);
- ✓ à elaboração de estratégias de intervenções educativas atentando para a escuta sensível, diálogos e reconhecimento de saberes;
- ✓ à periodicidade das atividades educativas;
- ✓ à avaliação com a família das progressões e avanços conquistados;
- ✓ a (re)adequações sempre que necessário às novas demandas que surgirem.

ADOLESCENTE

Proporcionar ações educativas multiprofissionais sobre sexo e sexualidade aos adolescentes nos espaços de saúde e educação atentando para:

- ✓ acolhimento na perspectiva da recepção, diálogo, escuta e atenção;
- ✓ levantamento de informações sobre suas demandas de cuidado relacionadas ao sexo, sexualidade e saúde sexual;
- ✓ identificação das situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas;
- ✓ reconhecimento das interações e influências dos sistemas bioecológicos nos contextos de vida (micro, meso, exo, crono e macro);
- ✓ elaboração de estratégias para o repasse de informações/educação que atendam as suas necessidades e contextos de vida;

- ✓ intervenções individualizadas e contextualizadas;
- ✓ promoção de acessos aos bens e serviços de modo individualizado e de acordo com as suas necessidades.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Desenvolver nesses profissionais o senso de responsabilização com a saúde sexual dos adolescentes a partir de(a)(o):

- ✓ educação permanente sobre o tema sexualidade, sexo e saúde sexual;
- ✓ discussões entre os profissionais de saúde, educação e para elaboração de estratégias para intervenções conjuntas;
- ✓ discussões entre atores que educam e serviços para identificação de necessidades;
- ✓ estabelecimento e fortalecimento de redes de cuidado à saúde do adolescente;
- ✓ fortalecimento das políticas e programas de saúde e educação.

ENSINO

Proporcionar no decorrer da formação profissional conteúdos relacionados à saúde sexual dos adolescentes, contemplando responsabilizações, assistência e educação, vislumbrando:

- ✓ desenvolvimento de competências para o cuidado à saúde sexual do adolescente atentando para as vulnerabilidades destes;
- ✓ oportunização no meio acadêmico de espaços para diálogos sobre temas que envolvem o cuidado à saúde dos adolescentes;
- ✓ desenvolvimento de habilidades de observações, escuta sensível, respeito aos direitos humanos, cidadania e diálogos;
- ✓ oportunização de práticas de cuidado à saúde sexual dos adolescentes, no meio familiar, nas unidades de saúde e escolas;
- ✓ desenvolvimento de cuidado ético e comprometido com as necessidades dos seres humanos;
- ✓ desenvolvimento de projetos de extensão para que possam colocar em prática os conhecimentos adquiridos e visualizem as realidades de vida dos adolescentes;
- ✓ inserção de estudantes em projetos de pesquisa para que investiguem situações da vida real e construam conhecimentos próprios e possam divulgá-los em eventos científicos;
- ✓ promoção do protagonismo profissional na área do cuidado à adolescência.

REFERÊNCIAS

ABINO, J.L.M.F.; DAVID-SILVA, G; PADUA, F.L.C. O potencial da imagem televisiva na sociedade da cultura audiovisual. Intercom: **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 65-80, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8442016000200065>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ABOIM, S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-112, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000100013&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 22 mar. 2017.

AITH, F.; SCALCO, N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**. São Paulo, n. 107, p. 43-54 outubro/novembro/dezembro 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115112>>. Acesso em 21 jan. 2017.

ALMEIDA, F. L *et al.* A vacina contra o vírus HPV para meninas: um incentivo à vida sexual precoce? **Revista Científica Interdisciplinar**, Campos dos Goytacazes, RJ, v.1, n.1, art. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <revista.srvroot.com/link/scienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/13>. Acesso em: 23 mar. 2015.

ALMEIDA, J.R.S *et al.* Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. *Revista Rene*, Fortaleza, v.12, (n. esp.), 2011; p.1052-1058. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4450/3375>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ALVES, W. Entre sentidos e desejos: as campanhas de Carnaval para prevenção contra o HIV (1999-2009). **Revista Líbero**, São Paulo, v.16,n.31,p. 89-104, jan./jun.2013. Disponível em: <http://seer.casperlibero.edu.br/index.php/libero/article/view/241/217>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

ANDRADE, A.C.R *et al.* Infecção genital por Chlamydia Trachomatis na mulher: epidemiologia, diagnóstico e consequências. **Revista Fluminense de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 78-79, n. 2, p. 15-17, 2014. Disponível em: <<http://amf.org.br/Revista%20Fluminense%20de%20Medicina/2014/5-RFM2014%207879%282%29Infecu00E7u00E3o%20Genital%20por%20Chlamydia%20%200trachomatis%20na%20Mulher.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

ANJOS, D.; SILVA, E.A.A.; PICHELLI, A.A.W.S. Escola e Vulnerabilidade ao HIV/Aids. In: Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa, 3., 2014, Badajoz – Espanha. **Anais...** Badajoz: 2014, p. 362-368. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/550/545>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

ARAÚJO, A.V.S. *et al.* O papel dos pais na educação sexual de adolescentes: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.

13, n. 2, p.117-128, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2176/pdf_361>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ARRUDA, F.S. *et al.* Conhecimento e prática na realização do exame de papanicolau e infecção por HPV em adolescentes de escola pública. **Revista Paraense de Medicina**, v. 27, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n4/a4078.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

ÁVILA, L.A. Adolescência sem fim. **Vínculo**: Revista do NESME, v. 8, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139421589007>>. Acesso em: 2 out. 2014.

AYRES, J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

_____, J.R.C.M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 375-417.

_____, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

_____; PAIVA, V; FRANÇA, JR.I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos In: AYRES, J.R; PAIVA, V; BUCHALLA, M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde – da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Livro 1. p. 71-94.

_____; PAIVA, V; BUCHALLA, M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: Uma introdução In: _____; _____; _____ (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde – da saúde à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Livro 1. p. 9-22.

_____; *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M.; RICHARD, P.(Org.). **Sexualidade pelo Averso**: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

BALDISSERA, A.D.; REIS, A.F. A cidade e as águas - Chapecó e a Microbacia do Lajeado São José. In: Seminário nacional sobre o tratamento de áreas de preservação permanente em meio urbano e restrições ambientais de parcelamento do solo, 3., 2014, Belém do Pará (PA). **Anais...** Belém do Pará, 10 a 13 set. 2014. p.1-16. Disponível em: <<http://www.appurbana2014.com/anais/ARQUIVOS/GT5-160-23-20140516222259.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BARACAT, M.M.Z. **Uma análise do programa brasileiro de IST/AIDS sob a perspectiva da sustentabilidade social**. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Setor de Ciências

Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/handle/1884/30214/R%20-%20D%20%20MARIA%20MATILDE%20ZRAIK%20BARACAT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BARROS, B.A. *et al.* Desvelando o universo das drogas entre adolescentes. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica Univar**, Barra do Garças, MT v.1, n.15, p.189-194, 2016. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/download/516/420>> Acesso em: 13 mar. 2017.

BARROSO, M; GOMES, K; ANDRADE, J.X. Frequência da colpocitologia oncótica em jovens com antecedentes obstétricos em Teresina, Piauí, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, no. 3, p. 162-168, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n3/03.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BASMAGE, D.F.A.T. **A constituição do sujeito adolescente e as apropriações da internet**: uma análise histórico-cultural. 2010. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2010. Disponível em: <http://www.propp.ufms.br/ppgedu/geppe/Dissertacoes_teses/Denise_Basmage_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014.

BASTOS, A.Q. *et al.* Produção científica sobre IST/HIV/Aids: análise de periódicos de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 423-435, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5781/5991>>. Acesso em: 20 out. 2014.

BAZONI, J.E.S. Os significados do não aprender na sala de apoio à aprendizagem: resiliência em processo. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 21, n. 44, p.221-247, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1935/193538270013.pdf>>. Acesso em 19 fev. 2017.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. Edição Brasileira. São Paulo, Loyola, 2002.

BECKER, D. O que é Adolescência. **Coleção Primeiros Passos**, n. 159, ed. Brasiliense, São Paulo, 2003.

BECKER, L. **Índices de incidência de IST continuam alarmantes**. 16 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.evb.org.br/portal/noticias/indices-de-incidencia-de-dsts-continuem-alarmantes/>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

BELDA, JR, W.;SHIRATSU,R.; PINTO,V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **Anais...** Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 151-159, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a08.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

BENEDETTO, E.S; SILVEIRA, E. Solo e raízes das dimensões individual, social, programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança.

Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 68-84, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/13240/9636>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BENZAKEN, A.S. *et al.* Prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* e fatores associados em diferentes populações de ambos os sexos na cidade de Manaus. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 18-23, 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Preval%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

_____; *et al.* Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em mulheres atendidas na clínica de DST da Fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 129-134, 2010. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista22-3-2010/Prevalencia%20clamidia.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2015.

BERBEL, D.B; RIGOLIN, C.C.D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, São Carlos/SP v.2, n.1, p.25-38, jan/jun., 2011. Disponível em: <http://viana.barmann.com.br/wp-content/uploads/2014/08/124-465-1-PB.pdf>. Acesso em: 02 mar 2017.

BERTÉ, R. O adolescente contemporâneo: das representações às expressões da adolescência, **Fermentário**, Uruguay, v. 2, n. 7, 2013. Disponível em: <http://www.fermentario.fhuce.edu.uy/index.php/fermentario/article/view/144/158>. Acesso em: 29 set. 2014.

BEZERRA, E.P. *et al.* Pedagogia Freireana como método de prevenção de doenças. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1563-1570, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a92v16s1.pdf>. Acesso em: 3 out. 2012.

BEZERRA, I.M.P. *et al.* O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 255-262, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822014000300004&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 3 out. 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. Disponível em: <http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Ambiental/SABER%20CUIDAR-%C3%A9tica%20do%20humano.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BONA, A.N. **Paul Ricouer e uma epistemologia da história centrada no sujeito**. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/td/1174.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BÓRNEA, E.R.; GONÇALVES, A. Questões objetivas em doenças sexualmente transmissíveis: formulações e acertos justificados. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas-SP v. 23, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2529>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

BRADSHAW, J. Curando a vergonha que impede de viver. Rio de Janeiro. **Record Rosa dos Tempos**. 1997. Disponível em: <<http://francojunior.net/downloads/CURANDO%20A%20VERGONHA%20QUE%20IMPEDE%20DE%20VIVER.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

BRASIL. **AIDS no Brasil**. 2012a. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/Aids-no-brasil>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Organização: Milton Menezes da Costa Neto. Brasília, DF, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_ca_b1.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **HPV**: Butantan recebe registro da vacina por meio de PDP. Brasília, DF, 10 mar. 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/men u+++noticias+anos/2015/hpv+butantan+recebe++registro+da+vacina+por+meio+de+pdp>>. Acesso em: 9 mar. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: 132 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em 07 jan. 2017.

_____. Blog da Saúde. **Ministério da Saúde propõe novo tratamento para hepatite C**. Brasília, DF, 23 out. 2014l. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34614-ministerio-da-saude-propoe-novo-tratamento-para-hepatite-c>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8242.htm.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Programa de Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2011a. (Nota Técnica, n. 18). Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2018-_PSE.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. **Direitos da população jovem**: um marco para o desenvolvimento. 2. ed. Brasília, DF, Fundo de População das Nações Unidas (UNVPA), 2010b. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_pop_jovem.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8.069/1990, atualizada com a Lei n. 12.010, de 2009. Inclusa Lei n. 12.594, de 2012. 3. ed. fev. 2012b. Disponível em: <http://www.tjsc.jus.br/infjuv/documentos/ECA_CEIJ/Estatuto%20da%20Crian%C3%A7a%20e%20do%20Adolescente%20editado%20pela%20CEIJ-SC%20vers%C3%A3o%20digital.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, DF, 2012c. 86 p.: il. (Série F. Comunicação e educação em saúde). Disponível em: <http://www.confef.org.br/arquivos/RECOMENDACOES_PARA_A_PRATICA_DE_ATIVIDADES_FISICAS_PARA_PESSOAS_VIVENDO_COM_HIV_E_AIDS.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013. Estatuto da Juventude. Dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **DOU**, Brasília, DF, 2013 d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm>. Acesso em: 28 set. 2014.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **DOU**, Brasília, 16 jul. 1990 a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 25 fev. 2014.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. DOU, Brasília, 1990b**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Saúde HIV e DST. **Portal Brasil**. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/hiv-e-dst-em-mulheres>>. Acesso em: 29/11/2014.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. **Exame preventivo do câncer de colo uterino (Papanicolau)**. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/2011/07/19/exame-preventivo-do-cancer-de-colo-uterino-papanicolau>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2014d. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=sF6igzRT%2Fp4%3D>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico DST/AIDS/Hepatites Virais. **Programa DST/AIDS/Hepatites virais do Rio Grande do Norte**. Natal, 2013e. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000017369.PDF>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**, ano 1, n. 1, Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Clamídia e Gonorreia**. Brasília, DF, 2015 a. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/clamidia-e-gonorreia>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Condiloma acuminado (HPV)**. Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/condiloma-acuminado-hpv>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 14 jun. 2013j. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **DST no Brasil**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Guia Prático sobre o HPV**. Brasília, DF, fev. 2014n. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/07eb598_042bf6a0684ebf471337c60f5/Guia_perguntas_e_repostas_MS_HPV_profissionais_de_saude.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=07eb598042bf6a0684ebf471337c60f5>. Acesso em: 8 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da educação. Semana Saúde na Escola. **Guia de Sugestões de Atividades**. Brasília, DF, 2012e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/semana_saude_escola_guia_sugestao_atividades.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Orçamento e Gestão**, 2012 f. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006 b. Anexo I. Disponível em: <www.portadasaude.gov.br>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília, DF 1999. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/046pndstAids.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Especialistas debatem hepatites virais na América Latina**. Brasília, DF, 30 jul. 2014j. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/especialistas-debatem-hepatites-virais-na-america-latina>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Estudo mostra redução de casos de hepatites A, B e C no País entre 1999 e 2010**. Brasília, DF, 28 jul. 2014k. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/07/estudo-mostra-reducao-de-casos-de-hepatites-a-b-e-c-no-pais-entre-1999-e-2010>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Ministério divulga dados sobre Aids no Brasil nesta segunda-feira (1º)**. Brasília, DF, 1 dez. 2014b. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/ministerio-divulga-dados-sobre-Aids-no-brasil-nesta-segunda-feira-1>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF, 2007 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF 2013g. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab_13.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente**: Vol. 1 – Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_11.pdf. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos de Atenção Básica, n. 24). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/MS/2005/Brasil_Saude_integral.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF, 2013i. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Brasil é anfitrião de reunião satélite sobre hepatites virais na Assembleia Mundial de Saúde**. Brasília, DF, 2013f. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/noticia/2013/brasil-e-anfitriao-de-reuniao-satelite-sobre-hepatites-virais-na-assembleia-mundial-de->>. Acesso em: 4 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Hepatites virais em números**. Brasília, DF, 2014m. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/hepatites-virais-em-numeros>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Direitos: um ponto de vista sobre o Brasil**. Brasília, 22 jul. 2010c. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/noticia/direitos-um-ponto-de-vista-sobre-o-brasil>>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Redes de pesquisas**. Brasília, DF, 2014g. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/redes-de-pesquisas>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Sífilis na gestação**. Brasília, 2014i. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/sifilis-na-gestacao>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/hepatite-c>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: arte/** Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, DF, MEC/SEF, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro06.pdf>>. Acesso em: 14 dez 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010e. 444 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro06.pdf>>. Acesso em: 14 dez 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções**. Brasília, DF, 2010 f. 144 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_diretrizes_hepatite_viral_c_coinfeccoes.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2013/04/25/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral_Adolescentes_2013.pdf. Acesso em: 8 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Prático sobre o HPV Perguntas e Respostas**. Brasília, DF, nov. 2013h. Disponível em: http://www.saude.se.gov.br/userfiles/pdf/Guia_Pratico_HPV_Perguntas_e_Respostas.pdf. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/SPE_Guia_Diretrizes.pdf. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília, DF, 2011c. 114 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília, DF, 2014h. Disponível em: http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_ttransmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. Nações Unidas no Brasil (ONUBR). **Em conferência internacional, chefe do UNAIDS pede fim da ‘hipocrisia’ na luta contra o HIV/AIDS**. Brasília, DF, 21 jul. 2014f. Disponível em: <http://www.onu.org.br/em-conferencia-internacional-chefe-da-unAids-pede-fim-da-hipocrisia-na-luta-contr-o-hivAids/>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Núcleo de Pós-Graduação. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das Hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/50071/estudo_prevalencia_hepatites_pdf_26830.pdf. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. Agência Fiocruz de Notícias. **Especial HIV/Aids, 2017**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/hiv-Aids>. Acesso em 14 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção Combinada. Nova campanha do Ministério da Saúde adota a chamada Prevenção Combinada para evitar o HIV/Aids. **Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Brasília, DF, dez

2016b. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/noticia/2016/nova-campanha-do-ministerio-da-saude-adota-chamada-prevencaocombinada-para-evitar-o-hi>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BRÊTAS, J.R.S. Vulnerabilidade e Adolescência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 89-96, dez. 2010. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art5.refl-vulnerabilidade-e-adolescencia.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2013.

_____. *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p.3221-3228, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/21.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014>. Acesso em: 02 mar. 2017.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. Ecological systems theory. **Annals of Child Development**, v. 6, 1989a.

_____. The ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental Psychology**, v. 22, 1989b.

_____. Ecological systems theory. In: ROSS, V. (Ed.). **Six theories of child development**: Revised formulations and current issues. London: Jessica Kingsley, 1992. p. 187-249.

_____. Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In: FRIEDMAN, S.L.; WACHS, T.D. **Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts**. Washington: APA, 1999. p. 3-28. Disponível em: <<http://readtogether.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201999.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

_____. **Making human beings human**: bioecological perspectives on human development. London: Sage, 2005.

_____. **The Ecology of Human Development**: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

_____; MORRIS, P.A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W; LERNER, R.M.(Org.). **Handbook of child psychology**. v. 1. Theoretical models of human development. New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.4, p.766-773, out/dez, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13828/7196>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CABRAL, F.; DÍAZ, M. **Adolescência**: uma nova visão, uma nova ação. 1995. Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/empower/website/pdf/adoles.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

CAMPOS, M; GREIK,M; DO VALE,T. **História da Ética**. CienteFico. Ano II, v. I, Salvador, 2002. Disponível em: <<http://www.ceap.br/material/MAT25082013230426.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

CASARIN, M R; PICCOLI, J.C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

CDC-Centers for Disease Control and Prevention. FDA Licensure of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine (HPV4, Gardasil) for Use in Males and Guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 59, n. 20, p. 630-632, 2010 c. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5920a5.htm>. Acesso em: 9 mar. 2015.

_____. **Hepatitis B**: Are you at risk? June, 2010a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/PDFs/HepBAAtRisk.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. **HIV/AIDS and Viral Hepatitis**. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/Populations/HIV.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. **Surveillance for Viral Hepatitis**-United States, 2012. 2012b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/Statistics/2012Surveillance/Commentary.htm#disc>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. FDA Licensure of Bivalent Human Papillomavirus Vaccine (HPV2, Cervarix) for Use in Females and Updated HPV Vaccination Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 59, n. 20, p. 626-629, 2010b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5920a4.htm>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

_____. Success Stories. State and local organization examples. **Screening Adolescents for STDs**: Philadelphia's, 2012. 2012a. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/stories/pdf/ss_booklet_0713.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, mar. 2010a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____ *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010b. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a09v15n1.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2015.

CHAMIS, N.M.A. **Educação e saúde das adolescentes na periferia urbana**: estudo de caso em Novo Hamburgo. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24823/000749298.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

CIRINO, F.M.S.B.; NICHATA, L.Y.I.; BORGES, A.L.V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Escola Anna Nery-Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro v. 14, n. 1, p. 126-134, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

COPETTI, F.; KREBS, R.J. As propriedades da pessoa na perspectiva do Paradigma Bioecológico. In: KOLLER, S.H. **Ecologia do Desenvolvimento Humano**: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 67-89.

COSTA, C.P.M. **O passado no presente**: estudo das memórias e representações sociais de profissionais de saúde no contexto da epidemia do HIV-Aids. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.btdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5098>. Acesso em: 15 mar. 2015.

COSTA, R.F. *et al.* Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300006>. Acesso em: 15 mar. 2015.

COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R. C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006. Acesso em: Acesso em: 30 set. 2014.

COSTA, S.M.B.; MACHADO, M.T.C. O corpo e a imagem corporal em adolescentes: perspectivas a partir do cuidado integral à saúde. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 19-24, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.adolescenciaesaude.com/default.asp>>. Acesso em: 30 set. 2014.

COSTA, S.L.M. **Comunicação, campanhas e bioidentidades: discursos sobre HIV entre governos, OCS e soropositivos**. 2014. 215 f. Dissertação (Mestrado

em Comunicação Social)- Pós Graduação em Comunicação, Universidade Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgcom/files/2015/05/COSTA-St%C3%A9phanie.comunica%C3%87%C3%830-CAMPANHAS-E-BIOIDENTIDADES.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

COUTINHO, M.F.G. Crescimento e desenvolvimento na adolescência. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 12 (Suppl 1), n. 1, p. 28-34, 2011.

CRONEMBERGER, I.H.M.; TEIXEIRA, S.M. Política de Assistência Social: as direções da matricialidade sociofamiliar e do trabalho social com famílias. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 97-118, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17577/15188>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CURRY, M. P. HIV and hepatitis C virus: special concerns for patients with cirrhosis. **Journal Infectious Disease**, v. 207 (Suppl 1), p. 40-44, Mar. 2013. Disponível em: <http://jid.oxfordjournals.org/content/207/suppl_1/S40.long>. Acesso em: 11 jan. 2015.

DIAS, L.F.M.; VIEIRA, N.C.; SANTOS, L.H.S. Barebacking: risco x prazer? Um novo desafio para a educação em saúde. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**, Canoas/RS, n.2, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/1908>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Insight**. [201-]. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/insight/>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

DIEHL, A.; VIEIRA, D.L. **Sexualidade: do Prazer ao Sofrer**. 2. ed. Brasil: Roca, 2017.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 21 set. 2014.

FARIA, F.E.A. *et al.* Perceptions of adolescent students about drugs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.68, n.4, p. 457-63, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300517. Acesso em: 10 fev 2017.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 157-165, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-3829200200020008>. Acesso em: 15 fev. 2015.

FELIX, G.; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 884-891, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 fev. 2015.

FELTES FILHO, H. **Interface entre o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto da Juventude**: primeiras impressões. 2013. Disponível em: <[http://jus.com.br/artigos/25487/interface-entre-o-estatuto-da-crianca-e-do-adolescen te-e-o-estatuto-da-juventude-primeiras-impressoes](http://jus.com.br/artigos/25487/interface-entre-o-estatuto-da-crianca-e-do-adolescen-te-e-o-estatuto-da-juventude-primeiras-impressoes)>. Acesso em: 28 set. 2014.

FERNANDES, C. *et al.* Hepatite C aguda sintomática: a importância do Diagnóstico. **Acta Gastroenterológica Latinoamericana**, Argentina, v. 43, no. 4, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.actagastro.org/actas/2013/n4/caso_clinico_hepatitis_c.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

FERNANDES, G.C.M. *et al.* As expressões da arte em enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100020&lng=en&nrm= iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar. 2015.

FERNANDES, L.B. *et al.* Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae: fatores associados à infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032dst014000800353&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2015.

FERRAZ, M.I.R. **Corpos negados na violência conjugal**. 2013. 98 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <[http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/35822/R%20-%20T%20%20MARIA%20ISABEL %20RAIMONDO%20FERRAZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/35822/R%20-%20T%20%20MARIA%20ISABEL%20RAIMONDO%20FERRAZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 21 fev. 2015.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. 5. ed, Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, K.; BOCHI, S.B.B. **Violência sexual**: um fenômeno complexo. 2010. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_03.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2015.

FONSECA, A. M. *et al.* Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2010. Disponível em: <[http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/ index.php/faenfi/article/view/6375](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/6375)>. Acesso em: 22 fev. 2015.

FONSECA, D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K.C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Escola Anna-Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 330-337, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/16.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FONSECA, D.C.; OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface**, Botucatu, v. 14, n.

33, p. 411-424, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a14v14n33.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FRANÇA JR, I.; AYRES, J.R.C.M. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: FORTES, P.A.C; ZABOLI, E.L.C.P. (Orgs.), **Bioética e Saúde Pública**. 2.ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2004. p.63-69.

FREITAS, R. F.; WAECHTER, H.N.; COUTINHO, S.G. Prevenção às DST/Aids: design da informação para promoção da saúde. **Infodesign, Revista Brasileira de Design da Informação**, São Bernardo do Campo, v. 35, n. 2, p. 291-314, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.infodesign.org.br/info_design/article/view/242/18>. Acesso em: 29 nov. 2014.

FREUD, S. (1901-1905). **Um caso de histeria, três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GALLAHUE, D.L.; OZMUN, J.C.; GOODWAY, J.D. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

GALVÃO, M.T.G.; *et al.* Temáticas produzidas por portadores de HIV/Aids em grupo de autoajuda. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.299-304, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a_21.pdf >. Acesso em: 01 mar. 2017.

GARCIA, M.L.; BELLINI, M.; PAVANELLO, R.M. Análise retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros países. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v.4 n1 p.76-99, abril 2011. Disponível em:<<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/102/101>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

GENDIN, S.R. **Bareback**. 1997. Disponível em: <https://www.poz.com/article/Riding-Bareback-12394-5736>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

GENTIL, H. S. **Para uma poética da modernidade**. Uma aproximação à arte do romance em Temps et Récit de Paul Ricoeur. São Paulo: Loyola, 2004.

GEOCZE, L. *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 743-749, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/19.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

GIANNA, M.C.; *et al.* Políticas públicas e prevenção das DST/AIDS: ontem, hoje e amanhã. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M; BUCHALLA, C.M (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos- prevenção e promoção da saúde: da doença a cidadania**. Livro 1.Curitiba: Juruá, 2012. p. 43-70.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOI, A. M.L. de; BRÊTAS, J.R.da S. A prática do sexo seguro no cotidiano de adolescentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**,v.15, n.2, p. 114-123, dez., 2015. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n2/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-5.pdf>. Acesso em: 17 jul.2017.

GOFFMAN, E. **Estigma**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. 2004. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/92113/mod_resource/content/1/Goffman%3b%20Estigma.pdf> Acesso em:04 jan. 2017.

GONÇALVES, A.K.S. *et al.* Como diagnosticar e tratar infecção clamidiana feminina e masculina. **RBM- Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo. v. 67, n. 5, maio 2009. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4304>. Acesso em: 16 jan. 2015.

GONÇALVES, R. C.; FALEIRO, J.H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Holos**, Rio Grande do Norte, ano 29, v. 5, 2013. Disponível em:<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/784>>. Acesso em:14 mar. 2017.

_____, R.C.; *et al.* Família e escola no processo de educação sexual: a concepção dos adolescentes de uma escola pública estadual (Pires do Rio, Goiás). **Multi-Science Journal**, Goiás, v.1,n.5, p. 38-46, 2016. Disponível em: <<https://www.ifgoiano.edu.br/periodicos/index.php/multiscience/article/view/324>>. Acesso em: 11 jan.2017.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.R.; NEMES, M.I.B. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005>. Acesso em:11 fev. 2017.

GRILO, C.M.J. **Cultura Organizacional da Família e Sexualidade na Adolescência**. 2013. 210 f. Dissertação (Mestrado em Educação para Saúde) – Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2052/1/GRILO%2c%20C%3%A9lia%20Maria%20Jesus%20Ferreira%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, jul. 2010. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v7n3a07.pdf?aid2=235&nome_en=v7n3a07.pdf>. Acesso em: 1 out. 2014.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: AYRES, J.R.C.M; PAIVA, V.; BUCHALLA, M.(Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde – da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. Livro 1. p. 24 -41.

GUEDES, D.P. Crescimento e desenvolvimento aplicado à Educação Física e ao Esporte. **Revista Brasileira Educação Física Esporte**, São Paulo, v. 25, p. 127-40, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25ns pe/13.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2014.

GUEDES H.H.S.; STHEFAN-SOUZA A.I. A educação em saúde como aporte estratégico nas práticas voltadas ao HIV/AIDS: O papel da equipe de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.12, n.4,p. 388-397, 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/655/264>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

GUIA DO HPV. Diagnóstico, prevenção e tratamento. In: _____. **Entenda de vez os papilomavírus, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los**. São Paulo: Instituto do HPV, 2013. Capítulo 4. Disponível em: <http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013_2.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

GUIMARÃES, R.; FERRAZ, A. F. A interface Aids, Estigma e Identidade: algumas considerações. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte/MG, v. 6, n. 1/2, p.77-85, jan./dez., 2002. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/802>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

HADDAD, V.C.N.; SANTOS, T.C.F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 755-761, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/ a14v15n4.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

HENRIQUES, B.D.; ROCHA, R.L.; MADEIRA, A.M.F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **RMMG-Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 300-309, 2010.

HERZOG, S. A. *et al.* Describing the progression from Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae to pelvic inflammatory disease: systematic review of mathematical modeling studies. **Sexually Transmitted Disease**, August, Issue 8, v. 39, n. 8, p. 628-637, 2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2012/08000/Describing_the_Progression_From_Chlamydia.10.aspx>. Acesso em: 16 jan. 2015.

HIGARASHI, I.H.; *et al.* Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 375-380, jul./set. 2011a. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a06.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.

_____, *et al.*; Ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos adolescentes no Programa Saúde da Família em Maringá/Paraná. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n.1, p.127-135, jan./mar. 2011b. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027974017>>. Acesso em: 18 set. 2014.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Dicionário da língua portuguesa**. 5.ed. Curitiba: Positivo, 2010a.

_____. **Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8. ed. Nova Ortografia. Curitiba: Positivo, 2010b.

IDPC. International Drug Policy Consortium. **Redução de danos**. 2017. Disponível em: <<http://idpc.net/pt/incidencia-politica-internacional/coerencia-total-do-sistema/reducao-de-danos>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Manual do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO Versão 4**. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/manual_laboratorio.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2015.

_____. **Estimativa 2014**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer. Colo do Útero, Prevenção**. 2015c. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uteroprevencao>. Acesso em: 9 mar. 2015.

_____. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. Detecção precoce. 2015b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterodeteccao_precoc>. Acesso em: 11 mar. 2015.

_____. **HPV e câncer-Perguntas mais frequentes**. 2015 a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687>. Acesso em: 6 mar. 2015.

_____. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143 p.: il. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8469f1804fe558b19d03bd81a5313a21/M anual+preliminar+SISCAN.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8469f1804fe558b19d03bd81a5313a21>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

_____. Instituto Nacional do Câncer Viva Mulher. **Câncer do colo do útero**: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2015.

JALIL, E.M. *et al.* Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2015.

JALKH, A.P. *et al.* Chlamydia trachomatis in human immunodeficiency virus-infected men treated at a referral hospital for sexually transmitted diseases in the Amazonas, Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 18, n. 2, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702014000200158&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2015.

JARDIM, V.M.J. *et al.* O conhecimento e o uso de preservativo por adolescentes: estudo comparativo em uma escola particular e pública. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v.8, n.1, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.fmc.br/revista/V8N1P08-13.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

JONAS, H. **El principio de responsabilidade**. Paidós, Barcelona, 1995.

JORGE, D.B.P. **Adolescente vulnerável ou vulnerabilizado?** Sentidos e usos do termo vulnerabilidade na perspectiva dos agentes sociais do município de Jacareí (SP). 2013. 172 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

KOH, H. **Asian e Pacific Islanders**. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/Populations/api.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

KRETZER, I.F. *et al.* Hepatitis C Worldwide and in Brazil: Silent Epidemic – Data on Disease including Incidence, Transmission, Prevention, and Treatment. **The Scientific World Journal**, v. 2014, 2014. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/827849/cta/>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

KUCHENBECKER, R. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV?. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 26-42, set. 2015.

LA TAILLE, Y. O Sentimento de Vergonha e suas Relações com a Moralidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p. 13-25, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a03v15n1.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

LEWIS M. **Shame: The exposed self**. New York: The Free Press, 1992

LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**. Edições 70, Lisboa, 1980.

LÉVINAS, E. **Ética e Infinito**. Edições 70, Lisboa, 2013.

LEMOS, C.P. **Multimodalidade no discurso preventivo de cartazes do Programa de saúde da família**. 2016.107f. Dissertação (Mestrado em Linguística)- Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós Graduação em Linguística, Fortaleza, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16680>>. Acesso em :09 mar. 2017.

LIMA, D.J.M. **Análise da vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens que fazem sexo com homens segundo práticas sexuais**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade

Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7179/1/2014_dis_djmlima.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

LIMA, R.; ALMEIDA, C.; VIEIRA, L. A Pessoa Medicada e o HIV/AIDS: Subjetividade, Adesão ao Tratamento e Biopolíticas. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v.15, n.3, p. 375-388, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n3/06.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

LINDENMEYER, C.; CECCARELLI, P.R. O pensamento mágico na constituição do psiquismo. **Reverso**, Belo Horizonte, ano 34, n. 63, p. 45- 52, jun., 2012. Disponível em: <http://ceccarelli.psc.br/pt/wp-content/uploads/artigos/portugues/doc/o_pensamento_m%C3%A1gico_na_constitu%C3%A7%C3%A3o_do_psiquismo.pdf>. Acesso em: 17 jul.2017.

LISE, F.; MOTTA, M.G.C. Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 53-58, jan./jun. 2012.

MACHADO, M.F.A.S.*et al.* Programa Saúde na Escola: Estratégia Promotora de Saúde na Atenção Básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v.25,n.3, p.307-312, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf>. Acesso em 20 jan. 2017.

MACHADO, M.S.C.; *et al.* Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents from Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n. 2, p. 188-191, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1413867012703045/1-s2.0-S1413867012703045-main.pdf?_tid=904da0da-9ce7-11e4-bfe9-00000aacb35e&acdnat=1421348090_0934493a9342d09bb7ac13cf4a5dcb60>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MACHADO, L.V; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MALTA, D.C. *et al.* Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v.17,supl.1, p. 46-61, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00046.pdf>.Acesso em 10 fev. 2017.

MARQUES, J.F. *et al.* Saúde e cuidado na percepção de estudantes adolescentes: contribuições para a prática de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 37-43, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26372/17565>>. Acesso em: 19 set. 2014.

MATOS, J.C.*et al.* Atuação da escola na educação sexual de adolescentes: uma revisão integrativa. **Revista Gestão e Saúde**, Brasília, v.07, n. 02, p 773-92, 2016.Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1532/pdf>>. Acesso em: 17 set. 2016.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006. 180 p. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

MARTINEZ, S.R.; OLIVEIRA, G.C. “O Clube do Carimbo”: as consequências criminais da transmissão voluntária do HIV”. **Revista Contribuciones a las Ciências Sociales**, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/2016/04/carimbo.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

MELO-NETO, O.C.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 2, p. 100-111, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822012000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 2014.

MENDES, M.I.B.S.; NÓBREGA, T.P.N. Cultura de Movimento: reflexões a partir da relação corpo, natureza e cultura. **Pensar a Prática**, v. 12, n. 2, p. 1-10, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/6135/5361>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Caderno Saúde Pública**, v. 18 (Suppl.), p. S113-S120, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2014.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. p.29-74.

MILBRATH, V. M. **Criança/adolescente com paralisia cerebral**: compreensões de seu modo de ser no mundo. 2013. 179 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

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

_____. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cadernos de Saúde Pública, v. 10, n. 1, p. 4-19, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MONIE, A. *et al.* Cervarix™: a vaccine for the prevention of HPV 16, 18-associated cervical câncer. **Biologics: Targets e Therapy**, v. 2, no. 1, p. 107-113, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC_2727782/>. Acesso em: 9 mar. 2015.

MOREIRA, A.; VOVIO, C.L.; MICHELI, D. Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. **Educação e**

Pesquisa, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 119-135, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022015000100119. Acesso em: 10 fev. 2017.

MORESCHI, C. *et al.* Homenagem a Florence Nightingale e compromisso com a sustentabilidade ambiental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 203-208, mai./ago. 2011.

MOTTA, M. G. C.; PEDRO, E. N. R.; PAULA, C. C. de; COELHO, D. F.; *et al.* Vivências do Adolescente com HIV/AIDS. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, p. 181-187, 2014. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/917>. Acesso em: 29 abr 2017.

MOTTA, M.G.C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. 1997. 223 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1374>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. **Escola Anna Nery-Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520100000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2015.

NAM AIDSMAP. **20ª Conferência internacional sobre SIDA**. Melbourne, 20 a 25 jul. 2014. Disponível em: <http://www.Aidsmap.com/Ter%C3%A7a-feira-22-de-julho-de-2014/page/2893751/>. Acesso em: 9 out. 2014.

NASCIMENTO, C.E.M. Abordando a sexualidade com adolescentes em uma escola pública: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. v.6 (Supl. 1). mar., p. 834-844, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5559019>. Acesso em: 10 jan. 2017.

NASCIMENTO, M. O.; MICHELI, D. Evaluation of different school-based preventive interventions for reducing the use of psychotropic substances among students: a randomized study. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2499-2510, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000802499&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 10 fev. 2017.

NERY, I.S. *et al.* Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.3: p. 287-92. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0287.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

NEVES, J.P.P. **Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes de Saúde em doenças sexualmente transmissíveis no município de São Sebastião do Paraíso-MG**. 2016.179 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Escola de Enfermagem Ribeirão Preto Enfermagem/USP. Enfermagem Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2016.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-11102016-153801/fr.php>>. Acesso em 15 mar.2017.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 552-560, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300017>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

NOEGGERATH, E.J. Latent gonorrhoeae, especially with regard to its influence on fertility in women. **Transactions of the American Gynecologic Society**, New York/USA, v.62 no. 4, p. 726–731, 1951.

NONTICURI, A.R. **As Vivências de Adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**, 2010. 144f. Dissertação (Mestrado de Políticas Sociais)-Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2010. Disponível em: <<http://tede.ucpel.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/90/1/amelia.pdf>> Acesso em:09 jan. 2017.

OLIVEIRA, J.P.; BOTELHO, M.A.R. De Husserl a Ricoeur: um percurso metodológico aplicado à investigação em enfermagem – as propostas fenomenológico-hermenêuticas de Alexander e de Lindseth e Norberg. **Pensar Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2010. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_19-29%281%29.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

OLIVEIRA, M.L. *et al.* Infecção por Chlamydia em pacientes com e sem lesões intra-epiteliais cervicais. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2015.

OLIVEIRA, E.B.; BITTENCOURT, L.P., CARMO,A.C. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Bogotá (Colômbia), v.12, n. 2 jul./dic., p. 9-23, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145217280002>>. Acesso em 07 fev. 2017.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; SOUSA, M.H. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000100123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2015.

OUTEIRAL, J.O. **Adolescer**: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. **Adolescer**. Estudos revisados sobre adolescência. 2. ed. rev. atual. e amp. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

ONU. Organizações das Nações Unidas no Brasil. **29 milhões de adultos dependem de drogas, aponta relatório do UNODC**. 2016. Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde – da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012.

PAIXÃO, A.C.W.; DESLANDES, S.F. Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 114-126, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2015.

PAIXÃO, D.L.L.; ALMEIDA, A.M.O.; ROSA-LIMA, F. Representações sociais da adolescência por adolescentes e jovens. **Psicologia e Saber Social**, v. 1, n. 2, p. 278-294, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/psi-sabersocial/article/view/4905/3628>>. Acesso em: 18 set. 2014.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em: <https://www.academia.edu/7170304/Diane_E._PapaliaDesenvolvimento_Humano_PDF>. Acesso em: 20 fev. 2015.

PASSOS, M.R.L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.

PEDROSO, M.L.R. **Situações de vulnerabilidade e ambiente ecológico: intersecções no cotidiano de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas**. 2009. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18670/000731992.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____; MOTTA, M.G.C. Children and family living with chronic conditions: Mesosystem in connection with program vulnerability. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 493-499, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85476/000893332.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PAULA, P.S.R.; LAGO, M.C.S. Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde. **Ciências Sociales y Educación**, Medellín (Colômbia), v.2, no. 4 .jul./dic. p.43-67, 2013. Disponível em: <http://revistas.udem.edu.co/index.php/Ciencias_Sociales/article/viewFile/786/728>. Acesso em 22 fev. 2017.

PAULA, P.S.R. **Barebacking sex: discursividades na mídia impressa brasileira e na internet**. 2009, 210f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92662/277100.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

PESSALACIA, J.D.R.; MENEZES, E.S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Centro Universitário São Camilo**, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em: <<http://>

www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. Tradução de Elzon Leonardon. 4. ed. São Paulo: Summus, 1994.

PIAZZETTA, R.C.P.S. *et al.* Prevalência da infecção por Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoea em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2015.

PIEXAK, D.R. *et al.* Percepção de docentes de enfermagem acerca do ambiente no cuidado ao ser humano. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 489-499, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a09.p>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

PINHEIRO, E.B. *et al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery- Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730129025>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

PINTO, V. M. *et al.* Chlamydia trachomatis Prevalence and Risk Behaviors in Parturient Women Aged 15 to 24 in Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 38, n. 10, p. 957-961, Oct., 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2011/10000/Chlamydia_trachomatis_Prevalence_and_Risk.16.aspx>. Acesso em: 15 jan. 2015.

POLAK, Y.N.S. O corpo como mediador da relação homem/mundo. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 29-43, set./dez. 1997.

POLIT, D. E.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, C.E.J. A Palo Seco: escritos de Filosofia e Literatura. **Gefelit**, Aracaju, v. 1, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.gefelit.net/ebook.php?book=apaloseco4>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

QUEIROZ, M.V.O. *et al.* Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, (n. esp.), p. 1036-1044, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/333/pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

RAABE, A.L.A.; RIBEIRO, M.R.P. A relação mídia-educação e o desafio atual de educar para os meios. **Ação Midiática**, Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura, Curitiba, n.11. jan/jun. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/acao_midiatica/article/view/40916/28473>. Acesso em: 25 mar. 2017.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

REIS, T.G.; OLIVEIRA, L.C.M. Pattern of alcohol consumption and associated factors among adolescents students of public schools in an inner city in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, jan./mar.,v.18, n.1:p. 13-24, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18n1/en_1415-790X-rbepid-18-01-00013.pdf> Acesso em: 09 jan. 2017.

REIS, R.K. *et al.* Educação em saúde junto às pessoas com hiv/Aids: proposta de intervenção interdisciplinar. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.13, n.3, p.402-410, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21120/pdf_179>. Acesso em: 01 mar. 2017.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 685-694, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00_34_89102007000500001>. Acesso em: 15 ago. 2014.

RIBEIRO, A.C. **Ser-adolescente que tem HIV/AIDS em seu cotidiano terapêutico: perspectivas para o cuidado de enfermagem**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Aline_Ribeiro.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

_____; *et al.* Perfil clínico de adolescentes que têm Aids. **Cogitare Enfermagem**, Prana, v. 15, n. 2, p. 256-262, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17858/11651>>. Acesso em: 10 out. 2014.

RIBEIRO, L. **Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora**. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

RIBEIRO JÚNIOR, W.A.; *et al.* Prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar: ações do PIBID no processo de sensibilização e conscientização. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científico UNIFACEX**, Natal/RN, v.14,n. 1,2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/694>>. Acesso em: 10 fev. 2017

RICOUER, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

_____. **A memória, a história, o esquecimento**. Trad. Alain François *et al.* Campinas, SP: Unicamp, 2007.

_____. **A Metáfora Viva**. Trad. Dion Davi Macedo, Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2000. Disponível em: <<https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/a-metc3a1fora-viva.pdf>> Acesso em: 24 fev. 2016.

RODRIGUES, M.J. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2015.

ROMÃO, M.S.; VITALLE, M.S.S. A sexualidade pelo olhar adolescente: uma contribuição para professores. **Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 25-32, 2014. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=442#>. Acesso em: 17 out. 2014.

ROSSARI, U.V.S. **Percepções de adolescentes sobre o viver com câncer**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15391/000680051.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

ROSSI, B.C.F.; TEIXEIRA, E.T.N. Elementos propulsores para repensar as práticas educativas em DSTs e HIV/AIDS. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa – Paraná, v. 7, n. 1, jan./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/3683>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

RUSSO, K; ARREGUY, M.E. Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.2. p. 501-523, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00501.pdf>>. Acesso em 21 jan. 2017.

SALDANHA, A.A.W. *et al.* Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 36-44, 2008. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista20-1-2008/6.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SAMPAIO, J.L.M. *et al.* Diagnóstico de infecção ativa por clamídia por PCR em tempo real. In: FLEURY MEDICINA E SAÚDE. **Educação Médica**, 16 jul. 2012. Disponível em: <http://www.fleury.com.br/medicos/educacao-medica/artigos/Pages/diagnostico-de-infeccao-ativa-por-clamidia-por-pcr-em-tempo-real.aspx>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SANCHEZ, Z.M. *et al.* Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. **Clinics São Paulo**, v.68, n.4: p.489-494, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634973/>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

SANTANA, A.L. **Gonorreia**. 2015. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/doencas/gonorreia/>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SANTA CATARINA. **O Estado de Santa Catarina**, 3 dez. 2014. Disponível em: <<http://www.santacatarina.com.br/o-estado-de-santa-catarina.php>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

SANTAELLA, L. O Leitor Ubíquo e suas Consequências para a Educação. In: TORRES, P.L. (Org.). **Complexidade: redes e conexões na produção do conhecimento**. Curitiba: SENAR - PR, 2014. p.27-44.

SANTOS, A.T.O.; *et al.* Novos avanços relacionados ao HIV/AIDS. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 80-102, dez. 2012. Disponível em: <<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/45/45>>. Acesso em: 12 out. 2014.

SANTOS, L.H.S.; OLIVEIRA, D.L.C.L. Gênero e risco de HIV/Aids nas campanhas de educação em saúde através da mídia. **GT: Gênero, Sexualidade e Educação, PPGE/UFRGS**, 2010. N°. 23. Disponível em: <<http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT23-2294--Int.pdf>>. Acesso em: 01 mar 2017.

SANTOS, A.C. et el. Incidência de HPV em clientes soropositivo para HIV - uma revisão bibliográfica. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, São Luís de Montes Belos v. 9, n. 2, p. 17-27, 2016. Disponível em: <<http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/222/199>>. Acesso em 01 mar. 2017.

SANTOS, B.R. **Estratégia de Saúde da Família e o Atendimento aos Adolescentes**. 2011. 176f. Dissertação (Mestrado em Psicologia); Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/ppgp/images/documentos/texto%202.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SANTOS, D.B.C.; ARAUJO, D. C. Sexualidades gêneros: questões introdutórias. In: PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento da Diversidade. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. **Sexualidade**. Curitiba: SEED, 2009. p. 13-27. Disponível em: <http://www.pibid.ufpr.br/pibid_new/uploads/edfisica2011/arquivo/238/caderno_ngds.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SANTOS, J.D. **Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de hepatite C notificados no estado do Rio Grande do Sul no período de 2010 a 2011**. 2013. 60 f. Dissertação (Mestrado em Epistemologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87211/000910527.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 abr.2014.

SANTOS, M.R.; *et al.* Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto e contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

SARDINHA, N.S; SANTOS, M.I.G; BONAFÉ, S.M. Estudo observacional sobre HIV/AIDS em indivíduos entre 13 e 19 anos do Município de Maringá (PR). **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, PR, v. 8, n. 1, p. 71-78, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3695/2556>>. Acesso em 17 mar. 2017.

SATO, M.; AYRES, J.R.C.M. Art and humanization of health practices in a primary care unit. **Interface**, Botucatu, v. 19, n.55, p.1027-3. 2015. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/13063/art_SATO_Arte_e_humanizacao_das_praticas_de_saude_em_2015_por.PDF?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 4 jan. 2017.

SCARATTI, M. *et al.* Sexualidade e adolescência: concepções de professores do ensino básico. *Revista Enfermagem UFSM*, Santa Maria, v.6, n.2, p. 164-174, abr./jun.; 2016. Disponível em:<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19077/pdf_1>. Acesso em: Acesso em 21 jan. 2017.

SCHAURICH, D. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: reflexões em tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, ano 03 nº 06, p.115-127, jan./jun. 2004, Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1325/1097>>. Acesso em 10 fev. 2017.

SCHEFF, T.J. Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury. Vergonha no self e na sociedade. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**. Paraíba, v. 12, n. 35, p. 656-686, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Scheff.KouryTrad%20Copy.pdf>>. Acesso em: 22 fev.2017.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R.C.T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>. Acesso em: 17 mar. 2017.

SEBRAE/SC. **Santa Catarina em Números**: Chapecó/Sebrae/SC. Florianópolis: Sebrae/SC, 2013. 133 p. Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br/attachments/site_chapeco_dados/1/chapeco-em-numeros-2013.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

SENA, E.L.S. *et al.* Relato de experiência: a intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 181-188, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/141/54>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

SENNA, S.R.C.M.; DESSEN, M.A. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 101-108, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/13.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

SENNETT, R. **Autoridade**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEVERO, D.C. **Linguagem como Expressão do Corpo**. 2012.94f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos, 2012. Disponível em: <<http://humanas.unifesp.br/filosofia/dissertacao-daniel-cardozo-severo>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

SILVA, A.A. **Avaliação da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/AIDS no programa saúde na escola**. 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SILVA, C.R.; LOPES, R.E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas as públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87-106, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/100/65>>. Acesso em: 29 set. 2014.

SILVA, C.A.B. Gravidez na Adolescência X Políticas Públicas: Análise Contextual. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar, Barra das Garças, MT**, n. 7, p. 15-20, 2012a. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/downloads/gravidez_adolescencia_politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 13 mai.2013.

SILVA, L.A.V. Redução de riscos na perspectiva dos praticantes de barebacking: possibilidades e desafios. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 327-336, ago. 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200010>. Acesso em: 22 fev. 2017.

SILVA, J.L.L. **Conhecendo o Programa de Saúde do Adolescente**. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/disicamep/prosad.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2014.

SILVA, L.C.F. *et al.* Chlamydia trachomatis *infection* among HIV-infected women attending an AIDS clinic in the city of Manaus, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 16, n. 4, p. 335-338, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867012000724>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SILVA, L.W.S. *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2015.

SILVA, M.A.I.; *et al.* Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200619&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2015.

SILVA, K.L. *et al.* Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.605-610, 2010.

SILVA, M.C.A. O papel da escola nas ações preventivas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas por alunos do Ensino Fundamental I. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**; v.12, n.1, p.30-39. jan./mar. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n1/pt_05.pdf. Acesso em: 22 fev. 2017.

SILVA, A.F. da; GUIMARÃES, G.L. The brazilian teenagers and the reasons why they don't use condom to prevent HIV/Aids. **Rev. Enferm. UFPI**, PiauÍ, v.4,n.1,p.106-110, jan-mar,2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/3311/pdf>>. Acesso em:17 jul.2017.

SILVEIRA, L.C. *et al.* Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de construção da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, p. 548-554, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0548.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SOARES, L.R. *et al.* Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.2:p.76-84. 2015. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=504>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. **Consenso sobre a hepatite c crônica**. 2014. Disponível em: <<http://sbhepatologia.org.br/pdf/consenso-sobre-hepatite-cronica.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

SONDA, E.C. *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, RS, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022/2649>>. Acesso em: 23 jan.2014.

SOTERO, M. Vulnerability and vulneration: street population, an ethical issue? **Revista bioética**, Brasília, DF, v. 19, n. 3, p. 799, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/677/727>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SOUSA, D.H.A.V.; *et al.* Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Gênero e Direito**, Paraíba, n. 01, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/22693/13601>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SOUSA, P.K.R. de; MIRANDA, Karla Corrêa Lima; FRANCO, Amanda Carneiro. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 381-384, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a26v64n2.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

SOUZA, Marcilene Mendes de. **Educação em Sexualidade: a Web Educação Sexual em ação**. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras-Campus Araraquara, 2017.82 f. Disponível em: <http://www.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_escolar/4176.pdf>. Acesso em: 04 jul.2017.

SPERLING, R.; *et al.* Differential profiles of immune mediators and in vitro HIV infectivity between endocervical and vaginal secretions from women with *Chlamydia trachomatis* infection: A pilot study. **Journal of Reproductive Immunology**, v. 99, no. 1-2, p. 80-87, Sept. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503781300082X>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SRIPAN, P. *et al.* Modeling of In-Utero and Intra-Partum Transmissions to Evaluate the Efficacy of Interventions for the Prevention of Perinatal HIV. **PLoS ONE**. v.10, n.5, 2015. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126647>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

TAQUETTE, S.R. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 618-628, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76457/80181>>. Acesso em: 11 out. 2014.

_____; RODRIGUES, A.O; BORTOLOTTI, L.R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 4-5, p. 324-329, mai. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400020. Acesso em: 11 fev. 2017.

TAVARES, L.I. *et al.* Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às dst/aids. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 1, p. 43-55, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100005>. Acesso em: 17 jul.2017.

TEIXEIRA, E.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v.67, n.5, p. 810-817, set./out.2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0810.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

TERRA, M.G. **Significados da sensibilidade para o ser-docente-enfermeiro/a no ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem a luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty**. 2007. 223 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90065/246372.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

TOLEDO, M.M.; TAKAHASHI, R.F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200024>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

TOUSO, M.F.S. **Incapacidade para o trabalho e suas repercussões sobre a vida cotidiana**: interpretações pelo método Photovoice. 2008. 190 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca, 2008.

Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp100_323.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico metodológicas, discussão comparada a aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

UNAIDS. **Middle East and North Africa Report on AIDS**. 2011b. Disponível em: <http://www.unAIDS.org/en/media/unAIDS/contentassets/documents/unAIDSpublication/2011/JC2257_UNAIDS-MENA-report-2011_en.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2013.

_____. **Número de bebês nascidos com HIV cai 78% na América Latina e Caribe**, diz relatório da OPAS/OMS. 2015a. Disponível em: <http://www.unAids.org.br/midia/Numero_bebes_nascidos_com_HIV_AL.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

_____. **Saúde e Prevenção nas Escolas**. 2011a. Disponível em: <http://www.unAids.org.br/acoes/saude_prevencao_escola.asp>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Brasil. **Nota Técnica sobre o Projeto de Lei 198/2015 que ‘torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS**. 2015b. Disponível em: <http://zerodiscriminacao.org.br/wp-content/uploads/2015/03/2015_03_27_NT_UNAIDS_Projeto-de-Lei-198_2015.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2017.

_____. Brasil. **Prevenção Combinada**. 2017. Disponível em: <<http://unAids.org.br/prevencao-combinada/>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011. 182p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017

VAL, L.F.; NICHATA, L.Y.I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às IST/HIV/Aids na Atenção Básica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. set./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700145&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2015.

VALENÇA, L.O.; *et al.* **Perfil epidemiológico da Hepatite C no estado de Sergipe**. 2014. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/sempeq/article/view/481>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

VERDE VIDA. **Programa Oficina Educativa**. [201-]. Disponível em: <https://www.verdevida.org.br/verde_vida_numeros.php>. Acesso em: 4 jul. 2017.

VIDAL, E.C.F.; *et al.* Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/504/pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

VIEIRA, R.P.; *et al.* Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 714-720, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/25443/17065>>. Acesso em: 19 set. 2014.

VIEIRA, S.R.; ROSENBERG, C.P. A integralidade numa rede de proteção social ao adolescente: uma reflexão a partir do pensamento de Giles Lipovetsky. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 127-134, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29633/31502>>. Acesso em: 19 set. 2014.

VILLARINHO, M.V.; *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

WALDOW, V.R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, ano 8, v. 8, n. 1, abr. 2008b. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 abr. 2015.

_____; _____. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

WALDOW, V.R. *et al.* El cuidado integral del ser humano. In: WALDOW, V. R. (Coord.). **Cuidado de Enfermería, Reflexiones entre dois orillas**. 1. ed. Madrid: Fundación Index, 2014. (Série Cuadernos Index). p. 1-21.

WANG, C.C; BURRIS, M. **Photovoice**: Concept, methodology, and use participatory needs assessment. *Health Educ Behav*, 1997.

_____. Photovoice: A participatory Action Research Applied to Women's Health. **Journal of Women's Health**, v. 8, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.appalshop.com/assets/files/campaigns/culturalorganizingky/photovoice-strategy-womens-health.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

_____. Youth Participation in Photovoice as a Strategy for Community Change. **Journal of Community Practice**, v. 14, n. 1, p. 147-161, 2006. Disponível em: <<http://phdresearchdesignandimplementation.yolasite.com/resources/photovoice%20strategy%20for%20community%20change.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2015.

WHO (World Health Organization). Department Media Centre. Hepatitis B. **Fact sheet**, n. 204, July, 2014b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>>. Acesso em: 2 dez. 2014.

_____. Department Programms. **Sexual and reproductive health STIs: Large Burden and Serious Consequences**. 2014a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 2 dez. 2014.

_____. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

WILSON, D., GORGENS, M.O Fim do Fim da Aids. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids. **RNP-BRASIL**. 2016. Disponível em: <http://www.rnpvha.org.br/o-fim-do-fim-da-Aids.html>. Acesso em: 24 fev. 2017.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Trad. Sílvia Spada 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

WU, A. W. *et al.* A randomized trial of the impact of a programmable medication reminder device on quality of life in patients with AIDS. **AIDS Patient Care STDS**, v. 20, n.º. 11, p. 773-781, Nov. 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17134351>. Acesso em: 15 ago. 2014.

ZANATTA, E.A. **Compreensões de jovens universitários sobre a violência: sob o olhar da corporeidade, da vulnerabilidade e do cuidado**. 2013. 206 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ZANATTA, L.F.; MORAES, S.P. de; FREITAS, M.J.D. de; BRÊTAS, J.R.S. A educação em sexualidade na escola itinerante do MST: percepções dos(as) educandos(as). **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 443-458,abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v42n2/1517-9702-ep-42-2-0443.pdf>>. Acesso em: 04 jul.2017.

ZEITOUNE, R.C.G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery - Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100008. Acesso em: 09 fev. 2017.



GABINETE DO REITOR

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) seu (ua) filho (a) ou dependente está sendo convidado a participar de uma pesquisa de doutorado intitulada: **percepções de adolescentes frente as Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST** (IST é o mesmo que doenças transmitidas pelo sexo), **Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida- Aids e as demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades** (vulnerabilidades é o mesmo que fragilidades ou suscetibilidades à essas doenças).

Os objetivos desse estudo são: conhecer os elementos que constituem vulnerabilidades à prevenção de IST/HIV/Aids de um grupo de adolescentes e identificar as demandas de cuidado à saúde dos adolescentes a partir do Modelo Biológico do desenvolvimento humano (Explicando: Modelo Biológico foi descrito por um estudioso chamado de Urie Bronfenbrenner que propõe uma maneira de avaliar o crescimento e desenvolvimento dos seres humanos).

Seu filho(a) ou dependente, irá receber uma câmera fotográfica para tirar fotografias a respeito dos objetivos desse estudo, conforme seus desejos e interesses, porém eles serão informados que não poderão tirar fotografias de seres humanos. Eles(elas), receberão um roteiro de como deverão conduzir essa atividade, que está em anexo a esse termo, o qual também será lido e explicado a vocês pais ou responsáveis. As fotografias servirão de base para eles falarem e discutirem sobre o que pensam a respeito das IST/HIV/Aids.

As perguntas que lhes serão feitas são:

- O que você vê aqui sobre as IST/HIV/Aids?
- O que realmente está acontecendo aqui relacionado às IST/HIV/Aids?
- Como isso se relaciona com nossas vidas?
- Isso pode trazer problemas para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas?
- Por que desta situação?
- O que pode ser feito sobre isso?
- O que os profissionais de saúde ou serviços de saúde podem fazer sobre isso?

Além disso, o pesquisador irá manusear os prontuários da ONG para conhecê-lo melhor quanto a: identidade, idade, sexo, filiação, escolaridade, renda familiar, auxílios governamentais, ocupação, endereço, encaminhamento e tempo de que frequenta a ONG.

Serão previamente marcados alguns encontros com data e horário para os a realização das atividades desse estudo, os quais sempre irão ocorrer na ONG, em uma sala que será liberada para essas atividades. Os riscos desse estudo são considerados médios pois pode haver alguns desconfortos, constrangimentos e perturbações emocionais ao seu filho(a) ou dependente quando estiver fotografando ou discutindo sobre a imagem tirada. Para minimizar esses riscos será deixado claro para ele(a) que

não precisa responder todas as perguntas, expor suas fotos ou discutir sobre elas, de modo que não será exposto, será preservado seu nome e privacidade, e se quiser poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Se ele(ela) sentir necessidade, poderá solicitar para ser encaminhado ao psicólogo da ONG.

A sua identidade será preservada, pois seu(sua) filho(a)/dependente, será identificado(a) pela letra A de Adolescente seguido de um número. A exemplo, seu filho (a) poderá ser identificado pela letra A1 ou A2 e assim consecutivamente.

O(a) seu (sua) filho(a)/dependente não terá despesas e nem será remunerado pela participação no estudo. Se surgir alguma despesa decorrente do estudo, esta será por conta do pesquisador, assim como, será garantida a indenização em caso de algum dano.

Ressalta-se que esse estudo não trará benefícios diretos e imediatos ao seu filho(a)/dependente. Entretanto, considera-se que a médio e longo prazo, os resultados dele poderão subsidiar estratégias de ação/intervenção para o cuidado à saúde de adolescentes em geral, frente às vulnerabilidades das IST/HIV/Aids, ou seja seu filho estará contribuindo para o conhecimento da comunidade científica sobre a prevenção das IST/HIV/Aids, pois os resultados desse estudo possibilitarão uma reflexão sobre futuras intervenções que possam favorecer o tratamento e a melhoria em saúde a respeito dessas doenças.

Estas medidas serão realizadas com a ciência da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão: Maria Luiza Bevilaqua Brum (estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem Interinstitucional entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade do Estado de Santa Catarina – UFRGS/UDESC), a professora orientadora Maria da graça Corso da Motta e a acadêmica de enfermagem Anelize de Matos Silveira que auxiliará na organização dos encontros com os adolescentes, assim como, na coleta e transcrições das informações relacionadas ao projeto.

O(a) senhor(a) poderá retirar o(a) seu (ua) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento e/ou prejuízos.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A privacidade de seu(sua) filho(a) dependente, será mantida através da não identificação do seu nome como já informado anteriormente.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com você pai, mãe ou responsável.

Obs: Salienta-se que, em caso do Sr pai, Sr^a mãe ou responsável se considerar impossibilitado de assinar, solicito-lhe autorização por meio da gravação de sua voz.

Agradecemos a participação do seu(sua)(filho(a)/dependente.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Maria Luiza Bevilaqua Brum

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 3329-0918 ou (49) 91299429

ENDEREÇO: Rua Sete de Setembro, 91D, Centro, Chapecó, Santa Catarina

ASSINATURA DO PESQUISADOR _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a respeito do meu(minha) filho(a)/dependente serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em meu(minha) filho(a)/dependente, e que fui informado que posso retirar meu(minha) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____

Data: ____/____/____ .

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC. Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-001– Fone/Fax: (48)3321-8195 e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - SEPN 510, Norte, Bloco A, 3ºandar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF- CEP: 70750-521 - Fone: (61)3315-5878/ 5879 – e-mail: conep@saude.gov.br



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR

ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO PELO ADOLESCENTE

Prezado adolescente, meu nome é Maria Luiza Bevilaqua Brum, sou uma estudante de doutorado na área de enfermagem. Estou lhe convidando (a) como voluntário(a) a participar do estudo que tem como título: “Percepções de adolescentes frente as Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (mesmo que doenças que são transmitidas pelo sexo), ao Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-Aids e as demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades, (vulnerabilidades é o mesmo que fragilidades ou suscetibilidade das pessoas diante dessas doenças)”.

Se você desejar conversar com alguém antes de confirmar sua resposta, pode ficar à vontade.

Caso você aceite, devo informá-lo que os objetivos são: conhecer os elementos que constituem vulnerabilidades à prevenção de IST/HIV/Aids de um grupo de adolescentes e identificar as demandas de cuidado à saúde dos adolescentes a partir do Modelo Biológico do desenvolvimento humano. (O Modelo Biológico foi descrito pelo autor Urie Bronfenbrenner o qual propõe uma maneira de avaliar o crescimento e desenvolvimento dos seres humanos).

Para a produção das informações você deverá participar de alguns encontros com o pesquisador para realizar algumas atividades. Uma das atividades, diz respeito a imagens fotográficas que você será convidado à produzir. Para isso você receberá uma câmera fotográfica e junto com ela uma orientação por escrito, que será amplamente explicada à você, sobre como deverá conduzir as imagens fotográficas. Você permanecerá com a câmera fotográfica durante três dias para fotografar 10(dez) imagens de seu interesse ou desejo que julga ter relação com as IST/HIV/Aids, **“no entanto não poderá fotografar seres humanos”**. No quarto dia a câmera será recolhida, quando você estiver em atividade na ONG, momento em que suas fotos serão salvas e você escolherá três delas para falar individualmente sobre as mesmas, ao pesquisador em uma sala reservada na ONG, conforme em data horário previamente planejado com você.

Em outro momento, haverá uma exposição em painel das três fotos que você selecionou juntamente com outras fotos também selecionadas por seus colegas, e em grupo serão estimulados a falar e discutir sobre elas. Esses encontros irão acontecer conforme as necessidades que vocês adolescentes que compõem o estudo definirem.

Outra atividade prevista no estudo, corresponde a coletar dados do seu prontuário na ONG para conhecê-lo quanto a: identidade, idade, sexo, filiação, escolaridade, renda familiar, auxílios governamentais, ocupação, endereço, encaminhamento e tempo de que frequenta a ONG.

Os riscos desse estudo são considerados mínimos, pois você poderá se sentir desconfortável, constrangido ou perturbado emocionalmente quando estiver fotografando, falando ou discutindo sobre as imagens tiradas. Para minimizar esses riscos será deixado claro para você que não precisa responder todas as perguntas, expor suas fotos ou discutir sobre elas. Será preservado seu nome e privacidade, e se quiser poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Você será esclarecido(a) a qualquer momento

sobre qualquer aspecto que desejar. Se necessário, será encaminhado ao psicólogo da ONG.

Você não terá despesas e nem será remunerado pela participação no estudo. Se surgir alguma despesa decorrente do estudo, esta será por conta do pesquisador, assim como, será garantida a indenização em caso de algum dano.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem danos ou prejuízos de qualquer natureza. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de anonimato, ou seja, sua identidade será preservada, você será identificado(a) pela letra A de Adolescente seguido de um número. A exemplo, você poderá ser identificado pela letra A1.

Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa estiver finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida à você.

Concordo que o material e informações obtidas nas entrevistas possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável poderá modificar a decisão de permitir a minha participação a qualquer momento, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Maria Luiza Bevilaqua Brum

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 3329-0918 ou (49) 9129-9429 E-mail: maria.brum@udesc.br

ENDEREÇO: Rua Sete de Setembro, 91D, Centro, Chapecó, Santa Catarina

ASSINATURA DO PESQUISADOR _____

TERMO DE ASSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão o anonimato.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome _____ por
extenso _____

Assinatura _____ Cidade,
____/____/____.



GABINETE DO REITOR

**ANEXO C - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado: "**Percepções de adolescentes frente as IST/HIV/Aids e as demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades**" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Local, ____ / ____ / ____ .

Ass: Pesquisador Responsável
 Nome: Maria Luiza Bevilaqua Brum
 Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina
 Número de Telefone: (49) 3329-0918

Ass: Responsável pela Instituição de Origem
 Nome: Renata Mendonça Rodrigues
 Cargo: Diretora Geral/CEO
 Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina
 Número de Telefone: (49) 33309410

Ass: Responsável de outra instituição
 Nome: Odair Balen
 Cargo: Coordenador do Social
 Instituição: Organização Não Governamental
 Número de Telefone (49) 3322 2776



GABINETE DO REITOR

ANEXO D - CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas gravações e fotos produzidas pelo meu filho /dependente para fins da pesquisa científica intitulada: **Percepções de adolescentes frente às IST/HIV/Aids e as demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades**”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas ao meu(minha) filho(a)/dependente possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, não serão usadas fotos do meu (minha) filho(a)/dependente, e ele(ela) não será identificado pelo nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso, e que as fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade e guarda do grupo de pesquisadores do estudo.

_____, ____ de _____ de _____

Local e Data

Nome do Responsável pelo Sujeito Pesquisado

Assinatura do Responsável pelo Sujeito Pesquisado



GABINETE DO REITOR

ANEXO E - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO FIEL GUARDIÃO

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o fiel guardião, de acordo com as atribuições legais, declara estar ciente do projeto de pesquisa intitulado: **“Percepções de adolescentes frente às IST/HIV/Aids e as demandas de cuidado à saúde na perspectiva das vulnerabilidades”**, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução CONEP/CNS 466/2012 e suas complementares, em especial, sobre o acesso a banco de dados e/ou prontuários de pacientes e/ou participantes da pesquisa.

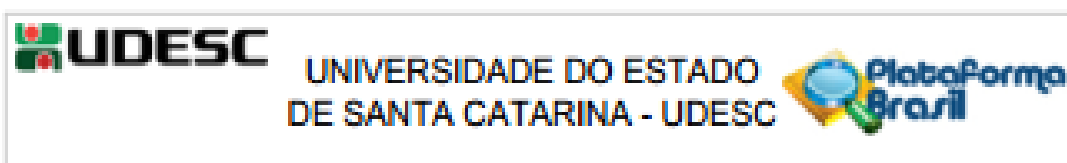
Chapecó, ____ / ____ / ____.

Ass: Pesquisador Responsável

Assinatura: Fiel Guardiã
Nome: Odair Balen
Inscrição Profissional:
Cargo: Coordenador do Social
Instituição: Organização Não Governamental
Número de Telefone: (49) 33222776

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-001 – Fone/Fax: (48)3321-8195 e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br. CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF- CEP: 70750-521 - Fone: (61)3315-5878/ 5879 – e-mail: conep@saude.gov.br

**ANEXO F- PARECER CONSUSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
COM SERES HUMANOS – CEP SH/UDESC**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES FRENTE AS IST/HIV/AIDS: DEMANDAS DE CUIDADO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS VULNERABILIDADES

Pesquisador: Maria Luiza Bevilacqua Brum

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49517315.0.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.267.706

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul(UFRGS), do Curso de Doutorado Interinstitucional envolvendo o Departamento de Enfermagem do Centro Educacional do Oeste, da Universidade do Estado de Santa Catarina(UDESC).

Pesquisa de doutorado que objetiva entrevistar 10 adolescentes para conhecer suas percepções acerca das vulnerabilidades que estão expostos relacionadas as doenças sexualmente transmissíveis. Os participantes serão recrutados em uma ONG do município de Chapocó / SC. No projeto básico está descrito o passo a passo da metodologia. A pesquisa tem financiamento próprio e coleta de dados prevista para novembro de 2015.

Cronograma de execução do Projeto terá início em 10/11/2015 com término prevista para 14/10/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os elementos que constituem as vulnerabilidades à prevenção das IST/HIV/AIDS de um

Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

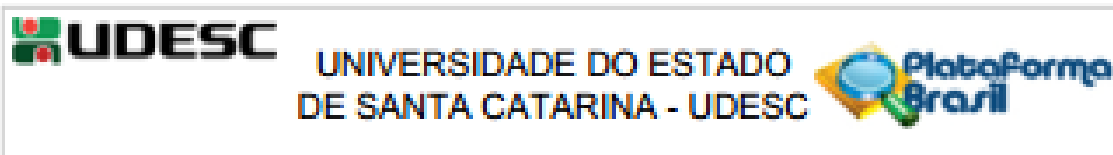
UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.267.766

grupo de adolescentes

Objetivo Secundário:

Identificar as demandas de cuidado à saúde dos adolescentes a partir do Modelo Biocológico do desenvolvimento humano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Informado de que os riscos aos participantes da pesquisa serão médios, por alguns desconfortos, tais como constrangimentos e perturbações emocionais aos adolescentes

quando esses estiverem fotografando ou discutindo sobre a imagem fotografada. Como medidas de cuidado o "participante não precisa responder todas as perguntas, expor suas fotos ou discutir sobre elas, de modo que não será exposto, será preservado seu nome e privacidade, e se quiser poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na sua atividades desenvolvidas no programa Oficina Educativa se necessário, será encaminhado ao psicólogo da ONG Verde Vida".

Benefícios: Constata: "O estudo não trará benefícios diretos e imediatos aos adolescentes. Entretanto, considera-se que a médio e longo prazo, os resultados dele poderão subsidiar estratégias de ação/intervenção para o cuidado à saúde de adolescentes, frente às vulnerabilidades das IST/HIV/aids".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

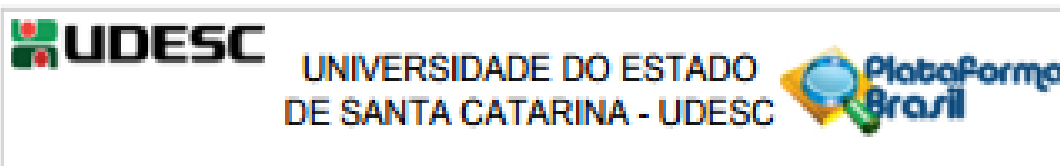
Pesquisa bem estruturada com todos os campos preenchidos. Apresenta detalhamento do estudo, da metodologia da coleta e análise dos dados. Pesquisa apresenta mérito acadêmico/científico, sendo de grande relevância para a saúde pública ao abordar as vulnerabilidades dos adolescentes frente as IST/HIV/aids, e identificar as demandas de cuidados a saúde dos adolescentes conforme modelo bioecológico.

A pesquisa atende a Resolução 466/2012/CNS/CONEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou:

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 3007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3321-4195 Fax: (48)3321-4195 E-mail: cep@unitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.567.766

- Folha de rosto datada e assinada;
- Termo de ciência e concordância das instituições envolvidas datado e assinado;
- Projeto detalhado com ampla fundamentação teórica/científica e que permita uma apreciação desse CEPISH;
- Projeto básico com todos os campos devidamente preenchidos;
- TCLE para os pais no modelo CEPISHUDESC apresenta os objetivos, a metodologia, a liberdade de participação e da retirada do filho(a) os riscos e as medidas visando minimizar, consta de que o participante não terá despesas e será ressarcido caso aconteça algo durante a participação do filho(a) na estudo. Solicita autorização para acesso aos prontuários/fichas. Informa o endereço da pesquisadora e do CEPISHUDESC. O TCLE será aplicado aos pais/responsáveis em uma reunião no local da coleta dos dados;
- Termo de assentimento para menores de idade no modelo CEPISHUDESC.
- Termo de consentimento para fotografias e filmagens no modelo CEPISHUDESC.
- Termo de uso de equipamento fotográfico e instruções de uso para o adolescente.
- Termo de fiel guardião datado e assinado.
- Convite para pais, adolescentes e responsáveis para reunião sobre a pesquisa.
- Roteiro de perguntas sobre o tema para os adolescentes não apresenta questões constrangedoras e de fórum íntimo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo apresentado com todos os documentos necessários para apreciação ética.

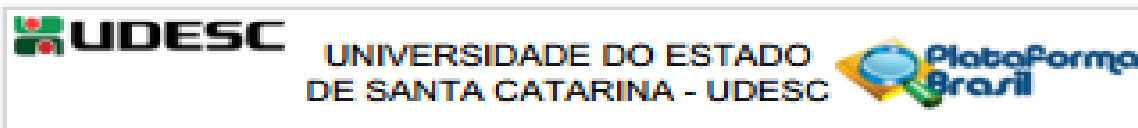
Pesquisa observa a Resolução 466/12 CNS/CONEP e Norma Operacional 001/2013 CONEP.

Conclusão: apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPISH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPISH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPISH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepish.floripa@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.267.706

durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPISH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

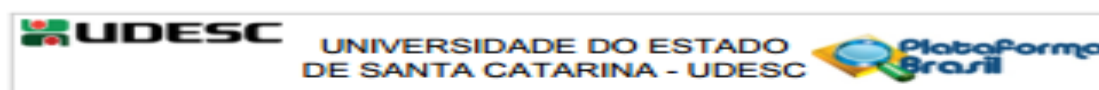
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_594801.pdf	23/09/2015 15:32:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dinter_comite_de_etica.pdf	23/09/2015 15:21:51	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Folha de Rosto	20150923122311107.pdf	23/09/2015 13:59:39	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Outros	20150923122335834.pdf	23/09/2015 13:58:55	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Outros	20150923122345483.pdf	23/09/2015 13:58:06	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Outros	convite_para_pais_e_adolescentes.doc	20/09/2015 15:57:50	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Outros	informacoes_para_fotografias.doc	20/09/2015 15:57:08	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_menores_ou_dependentes.doc	20/09/2015 15:52:26	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Outros	termo_de_assentimento.doc	20/09/2015 15:26:51	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito
Outros	consentimento_para_fotografias_video_e_gravacoes_menores.doc	20/09/2015 14:35:43	Maria Luiza Bevilacqua Brum	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007	CEP: 88.035-001
Bairro: Itacorubi	
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3321-8195	Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepshistoria@udesc.br

Página 01 de 01



Continuação do Parecer: 1.267.706

FLORIANÓPOLIS, 07 de Outubro de 2015

Assinado por:
Bernadette Kreuz Erdtmann
(Coordenador)



GABINETE DO REITOR

APÊNDICE A – INFORMAÇÕES SOBRE AS IMAGENS FOTOGRÁFICAS

Prezado adolescente

Você está recebendo uma câmera fotográfica para fotografar imagens conforme seus desejos e interesses que lhe chamarem mais atenção sobre situações relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis (mesmo que doenças transmitidas na relação sexual), ou HIV e Aids. **No entanto essas imagens não poderão ser tiradas de seres humanos.**

Você permanecerá com a câmera fotográfica durante quatro dias. Após esse período, a câmera será recolhida pelo pesquisador quando você estiver em atividade em uma das oficinas educativas na ONG. Suas fotos serão salvas em computador e então a câmera fotográfica deverá ser devolvida para ser repassada a outro adolescente, para que também tire suas fotos.

Haverá um momento que será agendado pelo pesquisador em que você irá escolher três fotos entre as dez fotografias, e individualmente em uma sala reservada, falará sobre elas ao pesquisador que irá lhe fazer as seguintes perguntas:

- O que você vê aqui sobre as IST/HIV/Aids?
- O que realmente está acontecendo aqui relacionado às IST/HIV/Aids?
- Como isso se relaciona com nossas vidas?
- Isso pode trazer problemas para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas?
- Por que desta situação?
- O que pode ser feito sobre isso?
- O que os profissionais de saúde ou serviços de saúde podem fazer sobre isso?

Haverá um momento que as fotos escolhidas por você, serão expostas em um painel, juntamente com as fotos escolhidas pelos demais participantes do estudo, e juntos iremos conversar e discutir sobre elas.

Eu.....declaro que fui amplamente esclarecido sobre as informações descritas acima e irei atender rigorosamente as solicitações.

Data: / /

APÊNDICE B- CONVITE PARA OS ADOLESCENTES, PAIS OU RESPONSÁVEIS

Convidamos você, seus pais ou responsáveis

Para um encontro na ONG com um pesquisador que pretende investigar adolescentes para conhecer suas percepções frente as doenças transmitidas pelo sexo, HIV/Aids e as suas necessidades de cuidado à saúde. Nesse encontro serão prestadas mais informações. Sua presença será muito importante para o desenvolvimento desse estudo.

Local:

Data:

Horário:

